DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.

— 2e année. 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.

— 3e année. 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.

— 4e année. 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.

— 5e année. 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.

— 6e année. 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.

— 7e année. 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.

— 8e année. 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.

— 9e année. 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages; traduit du portugais. Paris, 1858. 6 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, ou aux bureaux de l'*Union médicale*, rue Grange-Batelière, 11, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Collaborateur de l'*Union médicale*
Rédacteur en chef de la *Santé publique*

Dixième année, 1874

PARIS
LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE
Rue de l'École-de-Médecine, 17
1875

INTRODUCTION

Le complément nécessaire d'une œuvre analytique comme ce DICTIONNAIRE ANNUEL, c'en est la synthèse. Au milieu de l'infinité de faits, d'observations et d'expériences, d'applications nouvelles qu'il présente et des hypothèses, des théories qui en découlent, il est utile d'en dégager les données principales, celles qui forment la caractéristique de l'année. Si la plupart des détails échappent ou sont perdus dans la multitude, il faut au moins en retenir ceux qui doivent faire époque et servir d'enseignement dans les années qui suivront.

Trois grandes questions ont surtout été agitées en 1874, au point de vue pratique : l'*hémostase chirurgicale* par la compression élastique, suspendant l'effusion du sang pendant les opérations; l'*injection du chloral dans les veines*, soit comme anesthésique, soit comme moyen thérapeutique, et la *transfusion du sang*, dont les applications nouvelles, en se généralisant, indiquent que l'emploi en paraît aussi simple aujourd'hui qu'il était redouté autrefois.

De ces trois grandes applications faites principalement dans un but thérapeutique, il faut le constater, la première est

sans contredit la plus importante. Signalée simplement l'année dernière comme une heureuse innovation, elle n'apparaissait pas alors avec tous les avantages et les bienfaits qu'une seule année d'épreuve et de contrôle par les chirurgiens du monde entier a suffi à lui faire attribuer. En arrêtant l'écoulement du sang, la compression élastique ne rend pas seulement les grandes opérations sanglantes d'une exécution plus sûre et plus facile, moins graves et douloureuses, elle les rend praticables, presque sans aide, par tous les praticiens isolés, à la campagne comme sur les champs de bataille, et dans toutes les conditions où le danger seul de l'hémorrhagie les rendait impossibles. L'extension de son emploi a montré qu'elle en favorisait beaucoup d'autres que la présence du sang suffit à rendre souvent très-laborieuses, sinon inexécutables. Telles sont certaines résections articulaires ou profondes, l'extraction de séquestres et de corps étrangers très-ténus, la ligature des vaisseaux qui sont le siége d'hémorrhagies ou d'anévrysmes, la dissection des tumeurs vasculaires, etc., etc.

Signaler ces nouvelles indications de la compression élastique et les éclairer par la relation d'exemples choisis, c'était pour le DICTIONNAIRE DES PROGRÈS un devoir rigoureux. On les trouvera réunis à *Hémostase.* Elles font de cette nouvelle application une des plus grandes découvertes du siècle qui figurera désormais à côté de l'anesthésie, son alliée naturelle. Plus de douleur avec celle-ci, plus de sang répandu avec celle-là, permet au chirurgien d'opérer sur le vivant avec autant de facilité que sur le cadavre. Une révolution complète dans la chirurgie moderne doit donc s'ensuivre. Cette méthode couronnera glorieusement les travaux du célèbre chirurgien de Kiel.

La *ligature élastique,* dont la compression émane directement, ayant le même effet de s'opposer à l'effusion du sang, a reçu aussi une grande extension dans les divers pays. Les veines dilatées, c'est-à-dire les varices, y ont été soumises aux membres et partout où elles se montrent ordinairement à l'extérieur. De même des nævus, des tumeurs vasculaires fibro-cystiques et autres, de la fistule anale, etc. Un auteur est allé jusqu'à amputer un bras avec ce simple fil de caoutchouc comme pour en montrer la puissance et mieux la disputer à l'écraseur linéaire qui en paraît supplanté. Effet de la nouveauté et de la mode, car l'action rapide, instantanée de celui-ci ne peut être remplacée par l'action lente et prolongée de celle-là. Et comme les avantages particuliers que M. Grandesso-Silvestri lui attribue sur la circulation ne sauraient être pris en considération dans les petites ablations de tissus ou les simples divisions, il est probable que ces deux moyens de diérèse hémostatique conserveront leurs indications spéciales.

Un autre moyen qui se relie aux deux précédents par son action hémostatique prend aussi chaque jour plus d'extension en chirurgie : c'est le *galvano-cautère.* Plusieurs applications nouvelles en sont indiquées, mais avec cette distinction capitale que l'emploi en est aussi délicat que celui des deux autres est usuel et à la portée de tous les praticiens.

C'est un des principaux caractères de la médecine contemporaine que cette économie du sang dans les opérations. On le ménage aujourd'hui avec autant de soin qu'on le perdait à profusion il y a un demi-siècle. Les soustractions sanguines artificielles sont si rarement conseillées qu'elles constituent presque une curiosité. Effet de la réaction ou résultat d'une observation plus exacte de la constitution régnante, toujours

est-il que, au lieu d'en répandre, on vise à en augmenter la masse par tous les moyens possibles, jusqu'à le transfuser directement.

La *transfusion du sang* est devenue, en effet, la médication à la mode. On s'en occupe partout et l'on n'y recourt plus seulement, comme autrefois, dans les cas extrêmes où des hémorrhagies abondantes rendaient la mort imminente; loin de là, c'est une médication générale que l'on approprie à différentes maladies. Sang de l'homme, sang des animaux, artériel et veineux, défibriné ou non, est transfusé directement dès que la masse en est profondément diminuée ou altérée. Les Allemands l'ont employée ainsi comme un antidote de la tuberculose, et les Italiens de certaines formes spéciales de la folie. Un grand bruit en est résulté de part et d'autre. Des succès remarquables en sont même rapportés et il semble, d'après ces encouragements, qu'il n'y ait plus qu'à poursuivre ce nouveau filon thérapeutique pour les voir se multiplier.

C'est encore d'Allemagne qu'est partie la nouvelle impulsion donnée à cette méthode déjà ancienne. Pour la rajeunir et lui donner son cachet d'originalité nationale, des expériences ont été instituées, comme toujours, sur le mélange du sang de l'homme et des divers animaux entre eux depuis celui du mouton, du veau, du lièvre et du lapin, jusqu'à celui du brochet et de la grenouille. De là la transfusion du sang défibriné qui, malgré son origine et sa nouveauté, n'en a pas reçu un accueil plus sympathique ni plus empressé.

De nouveaux procédés ont surgi nécessairement de cette nouvelle impulsion donnée à la transfusion du sang et à son emploi si varié. Le mouton, qui fournit le sang en Italie, ne saurait être assimilé à l'homme qui a servi de transfuseur

jusqu'ici en France. Tout autre est le manuel opératoire et les quantités de sang à transfuser. On ne s'arrange plus de la simplicité primitive des Américains qui, pour imiter les Européens dans leur besoin de sang, sinon leur soif, vont s'en abreuver à plein verre ou à pleine tasse et à beaux deniers comptants dans les abattoirs. C'est ainsi qu'à New-York et dans d'autres villes, on voit les malades, les anémiques se diriger vers les abattoirs pour recueillir le sang des animaux de boucherie sacrifiés et le boire tout chaud comme un tonique et un réparateur des plus efficaces. De nouveaux instruments ont ainsi été imaginés et fabriqués en France comme en Italie, en Belgique et ailleurs. Leur priorité et leur propriété ont même soulevé de vives discussions dans les Académies et dans la presse qui ont failli rompre l'entente cordiale et confraternelle pour un si petit objet.

De nombreuses pages ont été consacrées cette année à ce nouveau mouvement thérapeutique, surtout dans ses applications pratiques aux divers maux en ressortissant. Les nouvelles études qu'il a provoquées sur le sang, son refroidissement, sa coagulation, la déformation de ses globules, leur distinction par l'examen de leur enveloppe seule, les indications et les contre-indications d'opérer, fournies par les globules blancs dans le cas de tumeurs mélaniques, ont également été analysées de manière à ne rien laisser échapper de ce sujet important pour nos lecteurs.

Le chloral a pris une si grande place dans la thérapeutique, ses applications sont si variées, qu'il n'est pas étonnant qu'on l'ait injecté directement dans les veines. On l'a bien injecté dans le tissu cellulaire. Mais le bruit qui s'est fait à ce sujet sur le nom de M. Oré (de Bordeaux) ferait croire à tort qu'il

est l'initiateur de cette méthode. M. Porta (de Pavie) l'avait tentée avant lui dans un but tout différent et peu connu en France : la guérison des varices. Les exemples que nous en avons fait connaître lui assurent la priorité et justifient sa hardiesse.

Son emploi à haute dose contre le tétanos pouvait bien conduire à l'injecter directement dans la circulation pour en obtenir un effet sédatif plus rapide et profond dans les cas désespérés. M. Bucquoy l'a tenté contre la rage sans que personne l'en ait blâmé. Tout est permis dans ces cas désespérés. Aux grands maux les grands remèdes. Mais injecter de hautes doses de chloral dans les veines pour en obtenir une anesthésie prolongée dans les opérations longues et laborieuses, n'est pas aussi justifiable. Les inhalations chloroformiques n'ont-elles pas suffi à insensibiliser des opérés pendant deux heures et plus ? Et si l'absorption des hautes doses de chloroforme nécessaires à cet effet en font redouter le danger, n'est-il pas démontré que de faibles doses de morphine peuvent la prolonger à volonté ? Pourquoi donc recourir à un moyen si dangereux qu'une mort rapide s'en est suivie, avec d'abondants caillots dans les veines injectées et jusque dans le cœur, comme trois cas en ont été observés dans les hôpitaux de Paris ? Tout récemment, un autre cas s'en est suivi à Bordeaux même, pendant une ovariotomie pratiquée par M. le docteur Lande (*Gaz. méd. de Bordeaux*, 20 décembre). A bien plus forte raison quand c'est pour des opérations bénignes et de courte durée, comme l'amputation d'un sein ou d'un testicule, et s'exécutant couramment avec l'anesthésie ordinaire.

On s'explique ainsi la juste réprobation que l'emploi de ce moyen redoutable a reçue généralement dans les Aca-

démies et dans la pratique. Il est condamné et doit être rejeté absolument, malgré les succès que M. Oré et ses deux imitateurs belges persistent à en invoquer envers et contre tous. Quelle valeur accorder à une méthode, un procédé, un moyen, qui ne donne de succès qu'entre les mains de son auteur? C'est l'équivalent d'un remède secret, comme l'exposé des pièces du procès permettra d'en juger.

En tout cas, cette méthode ne saurait être, si son application se confirme, qu'un auxiliaire de l'anesthésie par inhalation, une ressource extrême pour les cas qui y sont réfractaires, quand il y a surtout lieu de prévenir l'agitation et les vomissements dont elle paraît indemne. Mais c'est toujours une grave opération ajoutée à une autre opération, dit justement M. Warlomont, et cela seul suffit pour en faire redouter les conséquences.

On peut en dire autant des *bains froids contre la fièvre typhoïde* que l'explosion d'une épidémie, à Lyon, a mis en évidence. Un jeune néophyte, retour d'Allemagne, y leva le premier la voix en leur faveur, et, à son accent sincère, convaincu et assuré de leur infaillibilité, chacun crut à sa parole. C'était un signe des temps et de l'esprit, exclusivement expérimental, qui règne actuellement en médecine. Ces bains abaissant la température, c'est-à-dire la fièvre, on crut et l'on soutint même qu'ils suffisaient à guérir la maladie. *Euréka*, répondirent tous les jeunes. Comme si une maladie aussi complexe que la fièvre typhoïde pouvait guérir par un moyen unique et la disparition d'un de ses symptômes, qui n'en est pas le principal. Nos prédécesseurs, même immédiats, ne s'y seraient pas trompés. Aussi cette méthode exclusive, employée et vantée en France, il y a trente ans, aussi

bien que par Brand à Stettin, n'y reçut-elle qu'un accueil froid. Son retour d'Allemagne, avec la couleur locale de positivisme et d'infaillibilité, du thermomètre et des chiffres, qui lui sont propres, pouvait seul en imposer à ce point à la nouvelle génération médicale.

On se mit donc à expérimenter de toutes parts, et, sans réfléchir à toût ce qu'a de cruel et d'inapplicable, surtout en ville, une pareille médication, on y soumit indistinctement tous les typhisés, même malgré eux, en leur promettant la guérison. A Lyon, on alla jusqu'à parler d'en faire une condition de leur séjour à l'hôpital. Mais l'illusion ne fut pas de longue durée. Des accidents formidables et la mort ne tardèrent pas à éclairer les esprits non prévenus, et l'on reconnut trop tard que ce moyen, comme tous les autres, avait ses indications et ses contre-indications, qu'il y avait beaucoup à rabattre des affirmations mathématiques du médecin allemand et de son jeune interprète. L'expérience faite en grand, on peut le dire, a été plus favorable à la méthode mixte des lotions et des applications froides, usitée en France, qu'à celle des bains.

Tout ce que cette méthode de traitement a provoqué d'observations dans les hôpitaux, de discussions dans les sociétés et les réunions médicales, d'articles, de mémoires et de brochures n'aurait pu tenir dans ce DICTIONNAIRE. Il en contient au moins tous les points principaux qui peuvent éclairer le jugement et la conduite des praticiens dans cette grave occurrence.

Signalons, avant de passer outre, une nouvelle et très-heureuse application de ces bains froids répétés dans le *rhumatisme cérébral*, aussi bien que les dangers qu'ils peuvent avoir. Ce sont au contraire les bains chauds, c'est-à-dire

de 40 à 45 degrés, qui se sont montrés efficaces dans le *rhumatisme noueux*.

Par ordre d'importance, c'est une question physiologique, la *localisation des fonctions du cerveau*, qui vient ensuite. Toujours d'origine allemande, elle est bientôt devenue internationale. Une alliance anglo-germanique en est résultée; mais le trouble s'étant mis entre les coalisés contre la doctrine française, celle-ci est sortie victorieuse de la lutte en montrant une fois de plus que, en fait d'expérimentateurs et d'expérimentations, la France peut encore défier avec avantage tous ses adversaires. La relation *in extenso* de ces expériences contradictoires est d'un haut intérêt. *De nouvelles observations de destruction de l'hémisphère droit, du lobe frontal gauche, du corps calleux*, sans altération des fonctions qui leur sont attribuées, témoignent d'ailleurs de l'incertitude de ces localisations des mouvements, aussi bien que de la parole et de l'intelligence. Si l'*autonomie des fibres nerveuses* s'affirme de plus en plus, il n'en est pas de même des cellules cérébrales qui paraissent se remplacer et se substituer avec une parfaite entente.

On est aussi revenu, en France, sur la *physiologie du cœur* pour battre en brèche l'action exclusive des ventricules dans le jeu actif de cet organe. Une *excision de la rate*, sans trouble de la santé, en laisse toujours la fonction plus obscure, tandis que, d'après une observation remarquable de M. Prompt, la *sécrétion de la salive*, s'opèrerait par la seule excitation du goût, et non par les mouvements de la déglutition, comme on le croyait.

Des discussions solennelles ont également eu lieu à Lon-

dres, sur l'étiologie *du cancer et de l'infection purulente ;* mais, malgré la part qu'y ont prise les membres les plus éminents de la profession, soit à la Société pathologique, soit à la Société clinique, il n'en est pas résulté d'autres éclaircissements, sinon que les causes exclusives, comme l'*hospitalism* pour celle-ci, le traumatisme local pour celui-là, ne comptent plus guère de partisans. La dissémination du cancer par les lymphatiques dans l'*angioleucite pulmonaire*, comme on l'a surnommée d'après des exemples très-minutieusement décrits, n'explique-t-elle pas mieux sa généralisation? L'avenir répondra.

La nouvelle cause des *germes ferments sur la décomposition ammoniacale de l'urine dans la vessie* n'a guère eu plus de succès ici, malgré l'intervention de M. Pasteur et la nouvelle opinion conciliante de M. Duval sur la *mutabilité*, les *changements physiologiques de ces germes.* Ce sont là des théories qui ne sont pas plus justiciables de la démonstration que tant d'autres qui se produisent chaque année sur l'étiologie des fièvres et de l'inflammation selon les doctrines régnantes. La preuve s'en trouve aux mots *diapédèse* et *inflammation* par les contradictions choquantes dont elles sont l'objet de la part de l'un des auteurs qui a fait le plus de bruit à ce sujet dans ces dernières années. Aussi le DICTIONNAIRE reste-t-il sobre et réservé sur toutes ces théories comme sur les expériences chez les animaux qui ont pour but de les confirmer.

Nous avons cité ainsi celles qui se poursuivent sur la *septicémie*, l'*inoculabilité de la tuberculose et sa transmissibilité par les voies digestives*, l'*algidité dans les hernies*, l'inutilité des *lavements de bouillon*, la cause du *rachitisme*, etc., etc. Certaines causes nouvelles de *cécité subite*,

de *dyspepsie*, du *goître*, de *stérilité*, d'*autotyphisation*, observées cliniquement, nous paraissent mériter plus d'attention que toutes ces théories reposant exclusivement sur les expériences *in anima vili*.

Comme les années précédentes, de nouvelles variétés pathologiques et des entités distinctes sont venues s'ajouter au cadre nosologique. Avec l'esprit d'analyse minutieuse, microscopique, qui caractérise notre époque, il est tout simple que l'on distingue les causes et les symptômes comme on le fait des infiniment petits, et que l'on arrive à les spécialiser et à en constituer ainsi des espèces et des variétés morbides que l'on distingue par des noms nouveaux. A l'*angioleucite pulmonaire* s'ajoutent, par ordre alphabétique, l'*arthrite du larynx*, les *coliques spermatiques*, la *conjonctivite pityriasique*, l'*érysipèle rhumatismal*, les *fistules musculaires*, la *loupe suifeuse*, le *mycétone*, la *mycose intestinale*, la *névralgie secondaire*, la *péricardite calleuse*, la *périostite albumineuse*, la *péripleurite*, la *phthisie des mariniers*, la *pneumonie herpétique*, le *psoriasis buccal*, le *rhumatisme scapulaire atrophique*, la *septicémie aiguë gangréneuse*, la *tubulhématie rénale*. Si imposante que soit cette énumération, elle est encore incomplète, même involontairement, car ces distinctions subtiles révèlent souvent plutôt le besoin d'innover que de créer. En précisant mieux un fait déjà connu, quelques-unes ont au moins l'avantage de le rappeler par une étymologie heureuse, et c'est pourquoi nous les avons signalées.

La sémiotique s'est aussi enrichie par la découverte ou la confirmation de plusieurs caractères importants. Tels sont la

tuméfaction aiguë de la rate comme signe des maladies infectieuses, la généralisation des *ulcérations muqueuses* dans la tuberculose, la *névrite optique* dans les tumeurs encéphaliques, la *balano-posthite,* et même le *phimosis*, dans le diabète, le *liséré cuivreux des gencives* dans l'intoxication, les *végétations polypiformes* après la trachéotomie, des signes de la *dilatation* et la *rupture de l'aorte*, la *coloration spontanée de l'urine* sous l'influence du séné et de la santonine, la *contraction de la pupille* dans l'anesthésie chloroformique. Mais ce signe est contredit par le professeur Schiff, qui en fait au contraire le caractère spécial de l'anesthésie chloralienne, tandis que la dilatation serait celui de l'anesthésie chloroformique (*Imparziale*, n° 17). Si cette différence se confirmait, ne serait-elle pas un argument contre ceux qui attribuent l'action anesthésique du chloral à la séparation du chloroforme ?

Si donc malgré la perspective d'une récompense de 20 000 francs, un signe simple, infaillible, de la mort récente n'a pu être découvert, on en a trouvé beaucoup d'autres pour la prévenir. Plusieurs ont d'ailleurs été indiqués et jugés dignes de récompense pour distinguer au moins la mort réelle de la mort apparente, même par de simples villageois sans instruction, comme le demandait le marquis d'Ourches, afin de prévenir les inhumations de personnes encore vivantes.

L'activité a été encore plus grande pour découvrir de nouveaux moyens de guérison, perfectionner ou étendre l'emploi de ceux déjà connus et mieux en préciser l'action et les dangers. Si les prétendus succès du *boldo* et de l'*amylamine* se sont évanouis, comme ceux de la propylamine et de la tri-

méthylamine l'année dernière, il reste au moins le *jaborandi* qui paraît jouir de propriétés sudorifères très-remarquables et l'*apomorphine* dont les succès s'affirment. L'étude persistante des bromures a fait découvrir le *bromure de camphre* et une nouvelle action topique et résolutive du *bromure de potassium sur la circulation.* L'action sédative du chloral et de ses succédanés s'affirme de plus en plus et la pratique de l'anesthésie en fait découvrir de nouvelles applications locales, notamment dans les coliques hépatiques. L'emploi des injections hypodermiques, s'étend chaque année. Celles de *morphine* ont réussi contre la *dyspnée*, celles d'*iode* contre l'*hypertrophie de la prostate*, celles d'*ergotine* contre les *fibromes* et le *prolapsus anal ;* on les a même trouvées *purgatives* et *anti-virulentes!* A côté de l'efficacité des *lavements d'ipécacuanha* contre la *diarrhée*, de l'*immobilisation* dans le *rhumatisme*, du *lait de chienne contre le rachitisme*, et bien d'autres petits moyens qu'il serait trop long d'énumérer, de nouvelles observations sur l'*action du mercure* ont montré le danger de son emmagasinement dans l'organisme, de même que de la digitale, ce qui en favorise les accidents consécutifs. De même de la *compression* sur la *rupture et la perforation du cœur*, des *corps étrangers dans l'œsophage*, les *lésions vasculaires dans les amputations*, etc., etc.

Sous l'influence de la conservation qui domine en chirurgie, les modifications opératoires ont une tendance générale à diminuer le traumatisme et l'effusion du sang. Les grandes ouvertures font place aux petites comme dans la paracentèse, la ponction des abcès, des kystes, de la vessie, où l'aiguille tubulaire remplace le trocart. L'*uncipression* et l

trachéotomie par le *cautère actuel* en sont de nouveaux exemples, de même que le *massage intra-uréthral*, la *réduction mécanique du paraphimosis* et beaucoup d'autres exemples. L'art du chirurgien consiste plutôt à conserver, à réparer, qu'à détruire. La *division du périoste* contre la *courbure rachitique des os*, des modifications dans la *résection du poignet et du tarse*, l'*urèthre artificiel* contre l'*hypospadias*, la *névrotomie intra-buccale*, le montrent assez.

Ce n'est pas que le chirurgien reste désarmé. Les succès de l'excision complète de l'*omoplate*, de la *thyroïde*, de l'*utérus*, en sont la preuve. Il y a loin de là à ces mutilations aventureuses comme l'*extirpation du larynx*, du *rein*, dont la chirurgie allemande s'honore. Il en est de ces opérations comme de la *ponction des cavernes pulmonaires*, de la *dilatation manuelle du rectum*, de l'*éversion* et plusieurs autres procédés qu'il faut signaler pour être complet, mais en en recommandant l'abstention.

Des nombreux instruments et appareils inventés, nous signalerons seulement le *téphrylomètre* pour l'étude histologique du système nerveux, le *pneumatomètre*, le *porte-topique vaginal*, l'*appareil élastique pour les fractures du maxillaire inférieur*, car ce sujet est encore plus scabreux que le précédent.

Le caractère essentiellement pratique du DICTIONNAIRE ANNUEL nous dispense d'avoir à établir les divisions d'anatomie, de chimie, de physique, d'histologie, de microscopie et tant d'autres, dont certaines Revues font parade. Nous n'empruntons de ces études accessoires que ce qui en est immédiatement applicable à l'art de guérir et le stock en est assez léger pour être confondu dans l'ensemble. Tout le

reste est affaire de haute science spéciale, toute spéculative bien souvent, et importe assez peu au praticien pour lui en embarrasser l'esprit.

Il n'en est pas de même des spécialités dont nous enregistrons avec soin les progrès et les découvertes. L'obstétrique compte ainsi à son avoir un *nouveau procédé de craniotomie*, des exemples du danger du *décollement du placenta dans la grossesse extra-utérine*, aussi bien que de l'*énucléation des kystes du ligament large*, de l'*éponge préparée* et plusieurs autres observations gynécologiques. En ophthalmologie nous signalerons la *dilatation forcée dans l'obstruction lacrymale*, la *trépanation de la cornée dans le staphylôme* et d'autres données nouvelles que l'on trouvera aux différents mots. La médecine légale s'est enrichie notamment d'expériences curieuses sur la *perpétration des crimes par la chloroformisation* et son influence sur les *impressions sexuelles ;* sur le *critérium physiologique*, la *lueur produite par les armes à feu*, l'innocuité de la *coralline*, les caractères des *cicatrices*, etc. etc. On peut en dire autant de la dermatologie, la syphiliologie, l'hygiène et citer surtout l'importante réforme de l'*alimentation des nouveau-nés dans les hôpitaux*, provoquée par M. Blachez.

En répondant aux mots qui leur correspondent, sinon au titre principal, toutes ces annotations forment un tout complet préférable aux catégories nombreuses et artificielles introduites dans la science et qui en détruisent l'unité.

Mais ce que ces Revues ne signalent pas, au contraire, ce sont les modifications annuelles, introduites dans l'enseignement des Facultés et des Écoles, les examens et les concours; dans la jurisprudence professionnelle de l'exercice, des honoraires ; les réformes survenues dans les Académies et les

Sociétés de médecine, les hôpitaux, les Conseils d'hygiène, les Associations et toutes les institutions médicales. Or, avec le programme des prix à décerner et l'indication nécrologique des vides les plus remarquables que la mort fait dans les rangs de la profession et qui a si cruellement fauché parmi les jeunes cette année, tous ces renseignements n'ont-ils pas plus d'intérêt et d'importance pour le praticien que les expérimentations innombrables sur les lapins ou les grenouilles, les recherches microscopiques, sans but et sans fin, dont ces revues sont remplies ? Pour s'appeler positives, les théories qui en découlent ont une base si légère et hypothétique qu'elles se contredisent et se détruisent du jour au lendemain comme les conceptions vitalistes d'autrefois. Leur avenir n'est pas mieux assuré, car la base en est aussi abstraite et incertaine. Les extrêmes se touchent.

Comme les années précédentes, nous nous sommes abstenu de nous appesantir sur ces travaux spéculatifs, aussi bien que sur les monstruosités qui ont tant défrayé la curiosité publique en 1874. L'autopsie des frères Siamois, pas plus que l'examen de Millie-Christine et de plusieurs autres monstres, n'importe au traitement et à la guérison des maladies que cette théorie nouvelle de la migraine, émise par le célèbre prussien Dubois Reymond : *tétanos de la paroi musculeuse des vaisseaux du côté affecté.* Quand la science tombe dans ces subtilités qui ne peuvent se vérifier ni se démontrer, c'est de l'hypothèse qui n'a rien à faire avec l'art de guérir.

P. GARNIER.

Paris, 10 janvier 1875.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1874

A

ABCÈS. Abcès ganglionnaires. *Piqûres capillaires.* Des ponctions étroites avec le bistouri (*Velpeau*), des sétons fins, des ponctions avec l'aiguille capillaire et aspiration consécutive, ont été tour à tour proposés, employés comme prévenant mieux le décollement des tissus et les cicatrices difformes produites par ces abcès. M. le professeur Crocq prétend mieux arriver à ce double but en employant, dès le début, l'aiguille exploratrice cannelée ou un fin trocart explorateur qu'il introduit aussitôt que le moindre point de fluctuation se fait sentir. Des pressions douces font sortir le pus par les petites ouvertures que l'on répète autant qu'il est nécessaire et selon l'étendue de l'abcès. Renouvelées d'un jour à l'autre, au nombre de quatre à cinq par jour, jusqu'à l'évacuation complète du pus, ces ponctions doivent être espacées en évitant les parties les plus amincies de la peau. L'ulcération en résulterait facilement. Dès que l'écoulement est rougeâtre, sanguinolent, la résorption s'opère et il n'est plus nécessaire d'insister. La guérison s'opère ainsi sans cicatrice, comme dix observations en témoignent, dont deux de bubons suppurés. (*Acad. de méd. de Belgique*, octobre 1873.)

Si ces simples piqûres réussissent mieux que les ponctions suivies d'aspiration et d'injections modificatrices, comme le docteur Lorentzer les a employées en 1872 (*Canstatt*), on ne saurait s'empêcher de reconnaître combien ce traitement est long et minutieux. Que les malades s'y soumettent à l'hôpital, c'est bien; mais en ville, ces piqûres répétées ne seraient supportées que difficilement.

Abcès du lobe frontal gauche. *Conservation de la parole et de l'intelligence.* Chez une petite fille de onze ans, il se présente soudainement une douleur vive dans la région gauche du front qui s'étend bientôt à tout l'encéphale en devenant plus intense, les yeux s'injectent, les paupières se gonflent, la fièvre s'allume avec vomissements, épistaxis, délire, hallucinations, mouvements convulsifs, rétention d'urine. Au bout de trois semaines, tous ces symptômes s'amendent pour reparaître bientôt aussi intenses et s'apaiser de nouveau. Mais la santé ne se rétablissant pas, la malade entre à l'hospice général de Nantes, le 17 septembre 1870, service de M. Chartier.

Rien d'anormal ne s'observe les premiers jours; l'enfant mange, boit, parle, joue, se promène et dort comme en parfaite santé. Mais, dès le 25, les vomissements reparaissent avec céphalalgie, surtout au-dessus de l'œil gauche; fièvre, agitation, cris, délire. On croit à une tumeur ou à une méningite tuberculeuse, lorsque, les symptômes paraissant s'amender, elle succombe subitement le 4 octobre.

L'ouverture du crâne montre une déchirure située au milieu de la face inférieure du lobe frontal gauche, laquelle agrandie, fait pénétrer dans un foyer purulent, contenant du pus jaune verdâtre, bien lié, collectionné, évalué à plus de 100 grammes. Ce foyer était logé dans une poche assez épaisse; il ne reste plus de la substance cérébrale du lobe frontal gauche qu'une couche très-mince qui recouvre la poche kystique; à la base, dans un espace large comme une pièce de 2 francs, la membrane kystique est même à découvert; elle s'est rompue dans ce point où elle était très-amincie; la déchirure présente l'aspect de celle que l'on pourrait produire avec l'extrémité du doigt dans une feuille de papier mouillé bien tendue. En coupant le cerveau par tranches minces, on découvre, en arrière et au-dessus

du premier abcès, un deuxième abcès beaucoup plus petit : celui-ci est également enkysté ; la substance cérébrale qui l'entoure est rougeâtre et ramollie. Tout le reste de l'hémisphère gauche ainsi que l'hémisphère droit sont fortement injectés. Il en est de même du cervelet, de la protubérance et du bulbe ; on ne rencontre aucune autre altération de ces parties. Les ventricules renferment une grande quantité de liquide. (*Soc. de méd. de Nantes*, avril, et *Journ. de méd. de l'Ouest*, 2e trimestre.)

Abcès du larynx. *Simulation du croup*. M. le docteur W. Stephenson rapporte trois cas de suppuration dans le voisinage du larynx, qu'il assimile à la laryngite sous-muqueuse de Rilliet et Barthez pour montrer que les symptômes prédominants simulent ceux du croup. Tous les malades étaient des enfants. Une respiration laborieuse, sifflante et une toux rauque s'observaient. Toute la différence est le développement plus lent de ces accidents jusqu'à la suffocation. Dans un cas, la dyspnée dura quinze jours. D'ordinaire, la respiration est plus aisée dans la position verticale que couchée. La dysphagie existait aussi, mais moins intense que dans les abcès rétro-pharyngiens ; les liquides ne revenaient pas par le nez. Un gonflement apparaît plus ou moins lentement en haut ou sur les côtés du cartilage thyroïde. Dans quatre cas, la suppuration fut précédée de l'inflammation des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux et consécutive à des fièvres éruptives. C'est donc encore là un sujet de doute sur le siége même de l'abcès. (*Edinb. med. Journ.*, octobre, et *Archiv. de méd.*, mars.)

Ces abcès, d'après M. John Parry, auraient toujours été confondus avec les abcès rétro-pharyngiens. Il en a observé deux cas dont l'un a guéri.

Dans le dernier, il s'agit d'un enfant de quatre mois et demi, bien nourri, présentant de la gêne de la déglutition depuis quelques jours. Opisthotonos, forte dyspnée, inspiration très-difficile, expiration facile, aphonie, cris interrompus, pas de toux. Le larynx est très-saillant.

Sur les bords latéraux du cartilage thyroïde, gonflement douloureux non fluctuant. Le pharynx est normal. L'abcès est ouvert à la région périlaryngée le deuxième jour.

Écoulement de pus. Amendement rapide des phénomènes et guérison.

Deuxième cas (neuf semaines). — Les symptômes furent à peu près les mêmes : petite tumeur sur le bord de l'épiglotte, saillie du larynx. Mort.

Autopsie. Pharynx normal. L'abcès avait son point de départ dans une nécrose du cartilage thyroïde, ou du moins était accompagné de cette lésion.

L'auteur insiste sur la violence des symptômes dans les deux cas. Les meilleurs signes différentiels avec les abcès rétro-pharyngiens seraient la projection du larynx en avant et l'absence de gonflement dans le pharynx.

Leur début pourrait servir à les distinguer de l'œdème de la glotte. Puis il n'y a ici encore ni tumeur ni projection du larynx. (*Idem.*)

Abcès du médiastin. Il s'est formé, chez un soldat de vingt-quatre ans, entré à l'hôpital du Gros-Caillou, dans le service de M. Bertrand, en simulant un rétrécissement de l'artère pulmonaire avec bruit de souffle au premier temps par la compression graduelle de ce vaisseau de dehors en dedans. Puis ont apparu la toux et une expectoration gangréneuse par suite de l'ouverture de l'abcès dans la bronche droite. Enfin, l'ulcération de la paroi de l'oreillette gauche détermina une hémorrhagie répétée qui entraîna la mort.

C'est peut-être le premier cas d'une pareille issue des abcès du médiastin. Mais il suffit pour admettre qu'elle puisse se représenter, et ce fait devient ainsi d'un enseignement précieux. (*Recueil de mém. de méd. milit.*, mai et juin, et *Gaz. hebd.*, n° 29.)

Abcès péripleuraux. Bartels (de Kiel) les a rencontrés dans deux cas de péripleurite suppurée indépendante de toute lésion traumatique. Ils n'ont nulle tendance à s'ouvrir du côté de la plèvre, et sont compliqués ordinairement d'albuminurie ; ce qui se comprend difficilement. La complication de péricardite, qui s'est rencontrée quelquefois, se comprend au contraire très-bien. Le diagnostic avec la pleurésie peut être difficile. Dans les deux cas, il peut y avoir dilatation du thorax, cessation des mouvements respiratoires du côté atteint, matité, cessation des vibrations transmises, souffle.

Les différences sont : la *pleurésie purulente* refoule l'ensemble de la paroi costale, dilate tous les espaces intercostaux ; l'*abcès* sous-pleural amène bien plus rapidement l'infiltration purulente ; l'œdème sous-cutané refoule considérablement un espace intercostal seul ; les limites de la matité indiquent que la pesanteur n'exerce pas ici ses lois ; signe *capital* : les *organes*, le foie ou le cœur, *ne sont pas refoulés* ; on finit par constater de la fluctuation.

L'augmentation de tension de la poche pendant l'expiration prouverait qu'elle communique avec la plèvre (*Mac-Donnell*).

Le pronostic est grave. Il faut donner issue au pus aussi complétement et aussi tôt que possible ; faire des lavages fréquents ; l'incision doit être large, et il ne faut pas hésiter à pratiquer des contre-ouvertures. (*Gaz. hebd.*, n° 20.)

Ne sont-ce pas là les abcès pleurétiques si bien étudiés par M. Leplat (voy. *année* 1865) et que l'auteur ne signale même pas? C'est donc là une réédition comme les Allemands en font tous les jours sous le titre de nouveautés.

Abcès du foie. Un cas de ce genre, observé par M. Vallin à Constantinople, offre un nouvel appui à la théorie de Ribes : la pyléphlébite infectieuse et suppurative. Le malade, colon agricole de trente-six ans, à la suite d'une contusion accidentelle du périnée et un abcès consécutif au voisinage de l'anus, fut pris de douleurs dans l'hypochondre gauche avec phénomènes généraux qui l'obligent à entrer à l'hôpital. Un abcès du foie est diagnostiqué par la voussure manifeste et le malade considéré comme perdu, lorsque, tout à coup, onze jours après son admission, tous les symptômes locaux et généraux s'améliorent et, sans que du pus ait été remarqué dans les selles, on prévoit une rupture de l'abcès dans l'intestin. Douze jours après, vomissement d'une matière blanche, crémeuse, striée de bile et fétide. La guérison a été rapide ensuite.

Le point de départ de cet abcès serait l'inflammation de quelques veines hémorrhoïdales s'étant propagée aux rameaux intra-hépatiques de la veine porte, comme dans la dysenterie, et ayant ainsi produit l'abcès en question. (*Union méd.*, n°s 37, 38.)

Abcès phlegmoneux péri-utérins. Quatre nouveaux cas en sont relatés par M. le docteur Boissarie, dont deux en dehors de toute influence puerpérale. C'est la confirmation de l'opinion de West sur ce sujet, en contradiction avec celle d'Aran et de M. Gallard. Aussi ce dernier insiste-t-il dans son Rapport pour montrer les relations plus ou moins directes et éloignées que ces accidents de suppuration péri-utérine ont ordinairement avec un accouchement antérieur ou des lésions traumatiques de l'utérus, se rapprochant de la puerpéralité. Il persiste ainsi à regarder cette suppuration comme exceptionnelle en dehors de cet état. Moyennant cette interprétation, il ne l'évalue jamais au-dessus de 10 pour 100, au lieu de 50, fixé par West ; mais il est difficile de l'accepter d'après ces faits, car deux des femmes ont pu concevoir, accoucher et nourrir deux et trois fois normalement, pendant l'écoulement du pus, sans que le mal en reçût un accroissement bien notable et sans en être même influencé dans le dernier cas.

Il s'ensuit que la doctrine diathésique des affections génitales n'est pas plus fondée, car le mal a pu persister cinq et huit ans, sans que leur constitution dépérît, sans que des tubercules ni d'autres diathèses se développassent. Les conditions déprimantes où ces maladies mettent les malades y concourent donc plus que les maladies elles-mêmes. (*Ann. de gynécologie*, n°s 1 et 2.)

Abcès enkysté du bassin. *Ligature élastique.* — Voy. *ce mot.*

Abcès central de la tête de l'humérus. Depuis six ans, un homme souffrait de l'articulation de l'épaule droite qui finit par s'ankyloser. Un abcès survint à la face postérieure du bras, à un pouce au-dessous du condyle. Une sonde, introduite dans l'ouverture, arrivait près de l'articulation, sans déformation ni douleur au toucher. Une tumeur fluctuante se forma ensuite lentement dans la région sus-claviculaire et une autre sur le bord supérieur du scapulum. L'ouverture montra leur communication.

Dès lors l'épaule se tuméfia et un abcès se forma à la face antérieure. Par l'ouverture, la sonde touchait la tête de l'humérus et pénétrait dans une cavité. L'humérus

malade était un centimètre plus long que le sain. Il suffit de tailler un lambeau pour réséquer la tête de l'humérus réduite en une masse calleuse hypertrophiée, avec une quantité innombrable d'ostéophytes plats. La cavité était tapissée par une membrane de tissu connectif épaisse et luisante. Il n'y avait pas de séquestre. La cavité glénoïde était intacte. La guérison fut lente, mais complète. (*Berl. klin. Wochens.* n° 18.)

ACCOUCHEMENTS. *Irrégularité des contractions.* D'après W. Lusk, la contracture et la rigidité limitées au col, comme on le considère généralement, n'existent pas en réalité. L'anatomie ne justifie pas cet antagonisme entre les fibres du col et celles du corps de l'utérus, et l'auteur a constaté que le spasme et la rigidité s'étendent toujours à la totalité de l'organe. C'est donc moins à agir sur le col qu'à régulariser l'action du système nerveux que doit tendre l'accoucheur en pareil cas. Au lieu de la pommade belladonée et les moyens mécaniques et chirurgicaux de dilatation, les opiacés à l'intérieur et les injections hypodermiques morphinées régularisent bien mieux le système nerveux, s'il n'y a pas distension exagérée par excès de liquide. Si l'irrégularité se joint à un certain degré d'inertie, le seigle ergoté à petite dose ou l'expression utérine la feront cesser. (*New-York med. Journ.*, 1873.)

Que devient dès lors l'expérience de ces cas journaliers où une rigidité opiniâtre du col, s'opposant à l'accouchement, a été vaincue par la division avec l'ongle ou le bistouri? Il faudrait au moins distinguer cette rigidité organique de la rigidité spasmodique, que l'auteur veut sans doute indiquer.

Rigidité vulvaire. C'est notamment et presque exclusivement chez les primipares que l'on rencontre cet obstacle à l'accouchement. Avec de la patience, la dilatation finit par s'opérer et il n'en résulte ordinairement qu'une petite déchirure de la fourchette, qui guérit avec des soins de propreté pendant les cinq à six jours que la femme reste au lit. Ce n'est que très-rarement que la tête de l'enfant ne peut franchir cet obstacle. Dans ce cas, au lieu des scarifications ou des incisions latérales que MM. Ritgen et

Schultze ont renouvelées en Allemagne, de préférence à la myotomie sous-cutanée du constricteur du vagin (voy. *année* 1864), M. le docteur Leclère (de Laon) donne un coup de ciseau à la fourchette, pendant qu'elle est très-tendue, et prétend prévenir, par cette petite incision libératrice, ces vastes déchirures du périnée, qui nécessitent ensuite la suture (*Rev. méd.*). Nul doute que tout accoucheur prudent et attentif n'en fasse autant devant une indication aussi puissante; l'incision du frein et du raphé recommandée par Michaélis en est la preuve. Mais il faut éviter d'en faire une méthode applicable à toutes les primipares, comme le faisaient les matrones romaines. Là est le danger.

Rotation artificielle de la tête. Dans un cas où l'impression digitale de l'accoucheur était marquée sur le pariétal du fœtus par les efforts faits pour opérer la rotation de la tête, le docteur Mathieu Duncan constata, après la naissance, des accès épileptiformes fréquemment répétés, mais courts et légers, qui persistèrent après la disparition de l'empreinte digitale et furent ensuite remplacés par des mouvements choréiques. (*British med. Journ.*, octobre 1873.) — Voy. Anesthésie obstétricale.

Accouchement prématuré artificiel. Sur un total de 20 cas, opérés de 1848 à 1873, et dont il donne les détails, le docteur Griffiths Swayne, accoucheur à l'hôpital général de Bristol, a eu 3 morts de la mère et 11 enfants mort-nés, outre 2 autres morts peu de temps après la naissance. Ce qui lui fait dire que la mortalité maternelle n'est pas moindre que dans la craniotomie avec laquelle l'accouchement prématuré artificiel est mis en parallèle. Sur 34 cas, il n'a eu que 2 morts de la mère. On ne saurait donc adhérer à l'appréciation du docteur Churchill disant qu'il y a sans doute *quelques risques* pour la mère dans l'accouchement prématuré artificiel, mais qu'ils ne sont pas plus grands que dans un accouchement prématuré accidentel. Outre les 3 décès, il y a eu chez 3 autres femmes des frissons intenses avec douleurs du siége et de l'abdomen, pouls à 130 et une extrême dépression. La vie de l'enfant est sans doute une grande compensation à ces dangers, mais on la sauve

assez rarement en faisant courir de grands risques à celle de la mère. (*British med. Journal*, 8 août.)

Accouchement à forfait. — Voy. HONORAIRES.

ACIDES. Acide phénique. *Injections hypodermiques.* Sous cette forme, ce n'est pas un effet antiseptique ni antiputride que le docteur Hueter en a recherché ni obtenu selon les propriétés les plus connues de ce médicament. Employé en solution de 2 parties pour 100 d'eau, il n'a produit aucun effet toxique, mais au contraire une action antiphlogistique marquée dans les engorgements glandulaires subaigus, ayant une tendance à la suppuration comme les bubons, dans les phlegmons aigus, dans l'érysipèle traumatique et dans la synovite granuleuse avec engorgement du genou. La diminution de la douleur, de la rougeur, de l'œdème et du gonflement en général en est la conséquence ordinaire.

De cette action antiphlogistique superficielle qu'il donne comme supérieure à tout autre agent, l'auteur croit qu'elle se manifesterait également dans les organes profonds, comme les poumons, le foie, et propose d'y pratiquer ces mêmes injections. (*Centralblatt für die med. Wiss.*, janvier, n° 5.)

Cette dernière supposition est en contradiction formelle avec la recommandation de ne jamais pratiquer cette injection dans la lumière d'un vaisseau, de crainte d'intoxication, et de retirer l'aiguille ou de la pousser plus profondément dès que l'on s'aperçoit que le sang monte. Comment, en effet, pénétrer dans un organe parenchymateux et vasculaire, comme le foie, la rate et le poumon surtout, sans injecter dans le centre même de la circulation? — Voy. RHUMATISME.

Réactifs. — Ce sont l'aniline et l'hypochlorite de soude, découverts par M. Jacquemin, professeur de chimie à la Faculté de Nancy. Telle est leur sensibilité qu'une seule goutte de phénol, diluée dans 500 centimètres cubes d'eau, soit 2 litres, et traitée par une goutte d'aniline, puis par l'hypochlorite de soude, donne une liqueur bleue très-foncée et dont l'intensité augmente graduellement pendant une ou deux heures, si bien qu'en ajoutant 2 autres litres

d'eau, la teinte bleue est encore bien marquée. Elle est ainsi au moins trente fois plus sensible que la couleur lilas obtenue avec le sulfate de fer découvert par Dragendorff. Celle-ci se produit dans une solution au 1/2000 et celle-là dans une solution au 1/66000. Elle facilite ainsi beaucoup la recherche et la constatation de cet acide dans le sang et les divers organes lorsqu'il s'agit d'expertises médico-légales. (*Association française*, 1873, et *Journ. de pharm. et de chimie,* février.)

Acide osmique. — Voy. Osmium.

Acide phosphorique. Son importance dans la nutrition rend utile à connaître le tableau suivant des proportions de cet acide contenues dans les divers morceaux de bœuf, vendus couramment à la halle de Paris en 1873 :

Cervelle	1,023
Épaule et paleron	0,425
Cou (collier)	0,373
Foie	0,370
Aloyau	0,330
Surlonge	0,313
Gîte à la noix et faux gîte	0,300
Joue	0,295
Entrecôte	0,287
Langue	0,250
Cuisse (gîte)	0,220
Faux filet	0,210
Cœur et culotte	0,195
Mou	0,117
Moelle	0,034

ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE. En l'étudiant spécialement chez les soldats, M. le docteur Schutzenberger ne l'a constatée que comme signe initiateur de la tuberculisation pulmonaire. Son signe prédominant, dans ce cas, est une matité spéciale et comme une diminution de l'élasticité des tissus sous le doigt sur lequel on percute. La comparaison avec le côté opposé est le meilleur moyen de le constater. La raison physique de ces signes spéciaux est que, au lieu d'être dus à une infiltration tuberculeuse, ils résultent de la tuméfaction et de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques sous-trachéaux et péribronchiques, dues à la congestion pulmonaire prémonitoire de la tuberculisation.

L'auscultation n'aide ordinairement au diagnostic que quand le volume des ganglions est assez considérable pour comprimer la trachée ou les grosses bronches. La dyspnée est souvent continue et par accès nocturnes simulant l'asthme. La toux sèche et rauque est suivie d'expectoration séro-spumeuse assez souvent sanguinolente. Ces phénomènes spéciaux ne se modifient que très-lentement par les progrès de la tuberculisation. La matité interscapulaire est donc le principal phénomène de ces recherches nouvelles. (*Soc. méd. d'émulation*, mai, et *Union méd.*, n°s 60 et 63.)

De l'adénopathie trachéo-bronchique, brochure in-8°, par le docteur Barety. Élève de M. Gueneau de Mussy, l'auteur a fait tous ses efforts pour mettre le clinicien à même de reconnaître cette nouvelle maladie. Malheureusement, les signes en sont encore si obscurs, même chez les enfants, qu'il est à craindre qu'elle ne soit plus souvent constatée à l'amphithéâtre qu'au lit du malade.

ALBUMINURIE. *Tension artérielle.* Le mécanisme de cette cause étiologique est diversement interprété par les compatriotes de Bright. Tandis que pour M. G. Johnson, elle est exclusivement produite dans les capillaires par la contraction musculaire des artérioles terminales sous l'influence des nerfs vaso-moteurs, c'est par une théorie nouvelle, bien plus compliquée, d'après M. Mahomed, qu'elle se produit. Admettant que le sang est attiré dans les tissus par une force spéciale, le pouvoir capillaire, il fait dépendre la diminution de la circulation capillaire et la stase sanguine en résultant, de l'amoindrissement ou l'abolition de cette force par une cause pathologique quelconque. Que le froid, la constipation ou toute autre cause, entraîne ou arrête les excrétions, et le surcroît de travail imposé au rein en déterminera la congestion, l'élimination des matières qui empoisonnent le sang n'aura plus lieu, la tension artérielle sera augmentée de plus en plus et l'albuminurie apparaîtra.

A l'appui de cette théorie, M. Mahomed a observé dans toutes les maladies infectieuses, comme dans la scarlatine, l'érysipèle, la goutte, la présence de l'hémoglobuline dans l'urine sans albumine coïncidant avec une grande tension

artérielle, mais l'albumine ne tarde pas à apparaître si celle-ci persiste, et en rapport avec son intensité.

Une distinction se manifeste cependant. L'albuminurie dépendant de la transsudation artérielle a lieu à la suite des maladies infectieuses et s'accompagne d'une grande tension toujours précédée de l'exsudation de l'hémoglobine. L'aorte abdominale liée au-dessus des vaisseaux rénaux sur un chien par M. Sander-Brunton, produisit ainsi de l'albumine et de l'hémoglobuline. L'albuminurie veineuse a lieu après les fièvres intenses, la pneumonie, les maladies du cœur. La tension artérielle est faible dans ces cas et l'hémoglobuline ne se rencontre pas dans l'urine. On voit que ces faits méritent d'être pris en considération, étudiés, vérifiés et comparés. (*Med. and chirurg. Society.*)

Hémorrhagies cérébrales. De même que M. Liouville a pu constater, à l'aide de ce signe, une hémorrhagie de la protubérance (voy. *année* 1873), M. le docteur Ollivier a constaté, dans cinq observations d'hémorrhagies cérébrales, l'apparition constante d'urines albumineuses quelques heures après l'attaque. Bien plus, il a confirmé ce rapport direct par huit expériences sur des lapins en lésant mécaniquement diverses parties du cerveau.

Dans ces cinq observations, l'hémorrhagie, à une seule exception près, avait pour siége l'hémisphère gauche dans les parties voisines de la scissure de Sylvius. Une légère suffusion sanguine sous-arachnoïdienne locale s'y joignait constamment. Le corps opto-strié était détruit en partie ou isolé de l'encéphale par l'épanchement toujours considérable, atteignant les pédoncules cérébraux ou la partie supérieure de la protubérance. Des foyers circonscrits existaient dans ces parties, et l'on trouvait en même temps le *septum lucidum* éraillé ou dilacéré, les parois du ventricule moyen distendues ou déchirées ou l'aqueduc de Sylvius rempli de sang.

L'albuminurie ne se rencontre donc pas seulement dans l'hémorrhagie de la protubérance, mais aussi dans celle d'autres parties voisines, de même que la polyurie, le diabète, quand d'autres points sont lésés.

Cette albuminurie était constamment sous la dépendance de la congestion unilatérale du rein du côté correspondant

à l'hémorrhagie cérébrale. Quand les deux hémisphères étaient atteints, le rein du côté primitivement frappé était toujours le plus malade. Des ecchymoses sous-capsulaires et des foyers apoplectiques de la substance corticale se sont aussi rencontrés dans deux cas.

Il est donc manifeste que ces lésions sont de même nature que celles observées déjà dans les poumons, et se produisent également sous l'influence des hémorrhagies cérébrales. Il est démontré ainsi que les altérations pathologiques cérébrales déterminent les mêmes lésions viscérales que les physiologistes avaient produites en agissant expérimentalement. (*Arch. de méd.*, février.)

Acides minéraux. Si l'albuminurie n'est pas rare dans l'intoxication par les acides minéraux, il est peu de faits, s'il en existe, où elle soit apparue si rapidement que dans le cas suivant observé à la clinique de l'Hôtel-Dieu par M. Liouville.

Un homme de vingt-huit ans avale d'un trait, pour s'empoisonner, une petite quantité d'acide sulfurique ordinaire. Des douleurs atroces se manifestent aussitôt, vomissements noirs, refroidissement. Quatre heures après, l'urine analysée fut trouvée albumineuse, et contenait en abondance des cylindres granuleux. Ces lésions augmentèrent jusqu'à la mort arrivée trente heures après.

La dégénérescence graisseuse complète des canalicules et des glomérules de Malpighi explique cette albuminurie; mais les autres altérations multiples peuvent aussi y avoir contribué. (*Soc. de biol.*, juin.)

Bains froids. Chez trois étudiants bien portants, de vingt-deux à vingt-cinq ans, et un garçon de seize ans, ayant pris un bain froid prolongé, l'albumine fut constatée dans l'urine, immédiatement après, par le docteur G. Johnson. Elle ne fut d'abord que transitoire, mais, après un second bain, l'albumine reparut chez l'un d'eux et persista pendant trois semaines, et chez le plus jeune, qui prit un bain de mer chaque jour pendant un mois, d'une durée de trente à quarante minutes, l'albumine persista dans l'urine pendant plus de trois mois. Rien de semblable n'a été observé sur plusieurs autres étudiants par un auto-examen.

Il y a donc lieu d'appeler l'attention à cet égard. On sait

que le refroidissement est une cause fréquente d'albuminurie. Est-ce ainsi ou par la pression sanguine qu'elle se produit dans ce cas? C'est un examen à faire et que le médecin ne doit pas négliger. Nouveau danger d'aller prendre des bains de mer sans ordonnance de médecin et sans sa surveillance. — Voy. DIPHTHÉRITE.

Albuminurie sans œdème. *Gravité.* A l'occasion d'un cas de peste anesthésique, devenue ensuite tuberculeuse, observée à l'hôpital Saint-Louis, par M. Hillairet, et compliquée d'albuminurie sans trace d'œdème, M. Renault remarque que ces faits exceptionnels très-rares emportent, d'après M. Axenfeld, un diagnostic beaucoup plus grave que les autres. Quelques observations de Bright sans œdème, recueillies par lui, ont confirmé cette gravité. De même, dans le cas actuel de peste, le malade a succombé à des accidents urémiques avec abaissement de la température de 35 à 36 degrés. Il serait donc intéressant d'étudier cette différence non signalée dans les ouvrages didactiques. (*Union méd.*, n° 13.)

ALCOOLISME. *Hémianesthésie.* A la suite d'une attaque brusque d'apoplexie ou se produisant peu à peu, sans autres phénomènes que de la céphalalgie, des étourdissements, de l'engourdissement avec des fourmillements dans un côté du corps, il se manifeste chez les alcoolisés chroniques, dit M. Magnan, un affaiblissement musculaire ; ils traînent la jambe, la main laisse tomber les objets, il y a embarras de la parole, parfois déviation des traits. Le bras paralysé tremble plus que son congénère, et tout le côté paralysé offre une anesthésie de la peau, des muqueuses, et même des parties profondes. La vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, sont diminués, sinon abolis. Toucher, chatouillements, piqûres, température, courants électriques, sont parfois insensibles; d'autres fois, l'anesthésie n'est que légère et seulement sensible au compas de Weber. Par ses progrès, l'insensibilité atteint jusqu'au sens musculaire : dès qu'il ne voit plus, le malade n'a plus conscience de ses mouvements.

Les membres et les parties insensibles sont ordinairement plus froids de 2 et même 3 degrés centigrades que le côté opposé.

Cette hémianesthésie alcoolique occupe indifféremment l'un et l'autre côté, tandis que c'est surtout le côté gauche dans l'hystérie. Elle peut résulter d'une lésion matérielle des centres nerveux; mais, dans l'alcoolisme comme dans l'hystérie, elle n'est parfois qu'un trouble fonctionnel passager. Les troubles de la sensibilité peuvent disparaître comme ceux de la motilité. Mais il reste toujours quelques traces de ces accidents chez les alcoolisés chroniques : céphalalgie, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, engourdissements, crampes dans les membres, surtout du côté paralysé avec affaiblissement des facultés intellectuelles. (*Gaz. hebd.*, nos 46 et 47.)

Chez les alcoolisés, dit M. Verneuil, les tissus ont une grande tendance à être frappés d'inflammations nécrosiques à la suite du moindre traumatisme. Soumis à la chloroformisation, ils sont aussi frappés fréquemment de congestion pulmonaire. Ce sont là des accidents graves qui doivent mettre en question la moindre opération chirurgicale, et faire rejeter l'emploi du chloroforme. Une petite quantité d'opium suffit pour obtenir l'insensibilité. — Voy. ANESTHÉSIE.

Noix vomique. M. le docteur Luton en fait presque le spécifique dans ses différentes formes et ses symptômes divers, tant que le mal ne dépasse pas le degré de l'hyperémie et des exsudations plastiques. L'ivresse et le *delirium tremens* seuls n'en sont pas passibles. Mais c'est là plutôt une proposition théorique qu'une démonstration clinique. Il faut donc attendre les observations qui doivent en montrer le fondement. (*Mouvement méd.*)

De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement; par le docteur V. Magnan, médecin de Sainte-Anne; ouvrage couronné par l'Académie de médecine du prix Civrieux, au concours de 1872. Paris.

Essai sur l'influence de l'alcoolisme dans le développement de plusieurs groupes d'affections cutanées, thèse inaugurale, par le docteur Renault (de Saint-Denis), ancien interne. Paris. Partant de ce fait que l'alcool congestionne la peau, l'auteur examine les affections cutanées qu'il peut influencer. La couperose, l'érythème pellagreux, l'ulcère du gin, les sy-

philides ulcéreuses, sont de ce nombre, et en particulier le psoriasis. Vingt-six observations, recueillies à l'hôpital Saint-Louis, montrent qu'il s'aggrave infailliblement chez les alcoo liques. C'est donc en particulier sur les affections phlegmasiques de la peau qu'il a surtout une fâcheuse influence.

ALIÉNATION MENTALE. *Relation avec les cardiopathies.* L'augmentation des aliénés et des maladies du cœur en Angleterre, notamment dans le pays de Galles, a été signalée par divers observateurs dans ces dernières années.

Dans son Rapport de l'asile des aliénés du *West Riding* pour 1873, portant sur l'observation de 1100 malades et 500 autopsies, le docteur Burman établit un rapport direct entre ces deux genres de maladies. Le chiffre des aliénés est proportionné, dit-il, à la quantité des cardiopathies. 80 pour 100 des autopsies des aliénés démontrent cette vérité. Dans 36 pour 100, il existait des altérations valvulaires avec hypertrophie ; celle-ci existait seule dans 14,5 pour 100 ; et dans 30 pour 100 il y avait atrophie, dégénérescence graisseuse, etc. La proportion la plus élevée se rencontre dans la paralysie générale et la démence chronique.

23 sur 100 des aliénés hommes ont présenté des signes de lésions valvulaires avec hypertrophie et dilatation chez 20 sur 100, le plus souvent sans lésions valvulaires. La première forme est surtout fréquente chez les maniaques furieux et la démence chronique, que celle-ci soit primitive ou consécutive. La lypémanie hypochondriaque, la monomanie du soupçon et autres formes d'aliénation rendant les malades tristes et moroses, sont aussi fréquemment compliquées d'altérations cardiaques. De là les hallucinations, les illusions et les désillusions. Le défaut de l'action cardio-vasculaire amène aussi le refroidissement et la lividité des extrémités, ainsi qu'un pouls faible, petit et lent. (*London med. Record*, n° 40.)

Il y a longtemps que les aliénistes français ont signalé cette influence des lésions cardiaques sur le développement de l'aliénation mentale par suite des congestions ou de l'anémie cérébrale en résultant, mais sans que le rapport de fréquence ait été établi ainsi statistiquement. Reste à distinguer cliniquement les cas où ces cardiopathies sont cause ou effet.

Dans l'espace de quatre années, le docteur Solfanelli observa 70 cas de cardiopathie à l'asile de Rome, diagnostiqués pendant la vie et vérifiés par l'autopsie. Ils ont formé ainsi presque le quart des décès. La proportion est beaucoup moindre que celle rencontrée par Burman qui, sur 500 autopsies d'aliénés, la plupart atteints de manie hypochondriaque, n'a pas rencontré le cœur sain sur plus de 20 pour 100.

En distrayant de ces cas ceux dont la cardiopathie peut être postérieure à la folie ou lui être étrangère, M. Solfanelli montre, par un résumé de dix-sept observations, les rapports des lésions du cœur sur la production de la folie, mais sans pouvoir déterminer, pas plus que ses prédécesseurs, une correspondance régulière entre ces lésions et les formes psychiques. (*Archivio ital. per le malatt. nervose,* mai.)

Lésions anatomo-histologiques. D'après l'examen histologique du cerveau et de la moelle épinière de 86 aliénés, frais et préparés au moyen du téphrylomètre du docteur Major (voy. *ce mot*), le docteur B. Tuke a rencontré des lésions morbides des vaisseaux dans tous les cas, telles que espaces périvasculaires, épaississement de la membrane hyaline, dépôts sur la tunique adventice, hypertrophie de la membrane musculeuse, anévrysmes microscopiques et apoplexies, directions anormales et pigmentation morbide. D'autres lésions ont été rencontrées de même en coïncidence avec les névralgies. (*Med. chirurg. Review*, avril et juillet 1873.)

Alimentation. Au lieu de recourir à la force, à la violence ou à la sonde œsophagienne chez les aliénés qui nécessitent l'alimentation artificielle, le docteur Rist emploie les inhalations chloroformiques en allant à peine jusqu'à la période d'excitation. L'aliéné, devenu ainsi plus ou moins inconscient, avale tout ce qu'on lui présente. Il ne survient jamais de vomissement. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande,* août.)

Transfusion du sang. Limité d'abord aux cas d'hémorrhagies abondantes, l'emploi de la transfusion s'est étendu graduellement aux diverses altérations profondes du sang. Le

professeur Livi (de Modène), en pratiquant avec succès plusieurs transfusions répétées de sang veineux chez une vieille démente pellagreuse, émaciée et prostrée par une diarrhée colliquative persistante, a inauguré une nouvelle application de ce mode de traitement. Le professeur Caselli a pratiqué ainsi, le 10 mai dernier, à l'asile de Reggio, la transfusion directe du sang de la carotide d'un agneau dans la veine médiane dénudée d'une jeune lypémane atone, avec tendance à d'étranges poses cataleptiques.

Le but de ces tentatives, qui était de réveiller une malheureuse existence condamnée à un étrange et pénible délire, a été si bien atteint, que M. Livi a répété l'opération sur d'autres aliénés, et que le docteur Ponza l'a imité sur trois malades de l'asile d'Alexandrie. Le 21 juin dernier, il conviait dans cet établissement toutes les sommités médicales pour les rendre témoins de la transfusion chez deux jeunes agneaux, et ensuite chez un aliéné pellagreux, atteint de diarrhée depuis plusieurs mois. Une saignée fut préalablement pratiquée contre des signes de pléthore.

Une seconde transfusion a aussi été faite à l'asile de Reggio, par le docteur Trebbi, sur un lypémane, avec délire de persécution et tendance au suicide. Une troisième a été pratiquée depuis, par M. Caselli, sur un autre lypémane à forme anxieuse, avec délire de persécution. Environ 80 grammes de sang ayant été transfusés, de la cyanose survint qui se dissipa promptement.

Les résultats de ces tentatives seront sans doute publiés plus tard; mais si cette idée ingénieuse d'inoculer pour ainsi dire une nouvelle vie aux aliénés atones qui peuplent les asiles est couronnée de succès, on pourra dire qu'une nouvelle ère sera ouverte au traitement des psycopathies rebelles aux autres moyens. D'ailleurs, ces expériences continuent, et deux autres transfusions ont été faites, le 30 juin, au manicome d'Alexandrie. (*Gazz. delle cliniche*, n° 26.)

En voici l'un des plus remarquables résultats :

Zunino (François), de Malvicino, près d'Acqui, cultivateur, âgé de trente ans, père de deux enfants bien portants, entra à l'hôpital le 28 juin 1873 pour une lypémanie pellagreuse. Depuis un an, il souffrait de la diarrhée pellagreuse; il était maigre, chétif, triste, morne, silencieux, sans appétit, dormant très-peu, avec tendance au suicide, presque constante

dans la pellagre. Tous les remèdes possibles avaient été inutilement essayés. En désespoir de cause, on se décida à lui faire la transfusion du sang. Elle eut lieu le 21 juin dernier, en présence de vingt-cinq médecins, avec les instruments inventés par le docteur Caselli, présent, et selon le procédé du professeur Albini (de Naples). Le docteur Ponza, directeur de l'asile, saigna d'abord le patient et lui tira, par excès de prudence, 100 grammes de sang. Il reçut ensuite, dans la veine médiane céphalique du bras droit, 65 grammes de sang de la carotide d'un agneau, en vingt secondes. Deux minutes après, il y eut un peu de gêne dans la respiration, quelques quintes de toux sèche, la figure rougit, la sueur perlait sur le front ; le pouls, qui donnait à peine 58 pulsations avant l'opération, en donna 75 après. Dix à douze minutes plus tard, tout rentra dans l'ordre, et l'opéré fut porté dans sa chambre. Dans la journée, il se leva et mangea. La diarrhée diminua.

Neuf jours après, le 30 juin, M. Pacchiotti lui fit une seconde transfusion par le même procédé : il reçut 75 grammes de sang artériel dans la veine médiane céphalique du bras gauche, sans être saigné d'avance. L'impression fut plus vive, la rougeur de la face plus intense, presque livide ; la sueur fut plus abondante, la respiration un peu plus gênée ; on aurait cru qu'il allait s'évanouir. Quelques minutes après, il était revenu à son état normal.

Depuis lors, l'appétit est reparu, la diarrhée a complétement cessé et les forces sont revenues. Avant la transfusion, le malade pesait 61 kilogrammes ; il en pèse maintenant 68. Le pouls, de 58 à 60, s'est élevé à 76. Le moral est relevé, presque enjoué. Il est sorti de l'asile, accompagné de sa mère, le 28 juillet dernier. Il faudra cependant le surveiller encore chez lui ; car la pellagre, dans sa longue course, présente des trêves qui imitent la guérison à s'y méprendre. Cependant, la transformation a été surprenante en un mois.

« Ce fait et ceux des docteurs Livi et Caselli, de Reggio, dit M. Pacchiotti, doivent encourager les médecins à répéter ces tentatives, qui, du reste, si elles ne guérissent pas toujours la maladie, ne présentent aucun danger pour le malade. Les deux autres aliénés de l'asile d'Alexandrie n'en ont ainsi éprouvé ni amélioration, ni inconvénient. L'opé-

ration est très-simple et facile ; il n'y a à craindre ni l'entrée de l'air dans la veine, ni la formation de caillots. On peut calculer la quantité de sang introduite par seconde. Le sang artériel est poussé par les battements du cœur de l'agneau, qui transmet ses battements isochrones à la veine de l'homme. Une exacte description du manuel opératoire, des instruments et des faits, sera publiée sous peu. Le dernier mot n'est pas encore dit, nous le savons ; mais il faut étudier avec calme et rendre l'opération innocente pour les malades, simple et facile pour les chirurgiens. »

Cette pratique n'est pas nouvelle, d'après le professeur Meynert : elle aurait été fréquemment employée en Angleterre au XVIIe siècle, mais sans qu'elle ait donné des résultats favorables, même dans les circonstances les plus propices.

Dans la mélancolie cependant, on peut en espérer du succès par l'action irritante du sang transfusé qui produit une intermission de la mélancolie comme les affections fébriles. Dans trois cas de ce genre, Redner ayant transfusé du sang défibriné, le pouls s'éleva de 50 à 80 battements, et deux des opérés, une demi-heure après la transfusion, se sentaient mieux, étaient plus gais, mais cette amélioration ne fut que transitoire. Le pouls s'affaiblit, des vomissements survinrent avec incontinence d'urine et défécation, frisson et fièvre pendant trois jours. (*Wiener med. Press.*)

Le Nestor des aliénistes italiens, M. Bonacossa (de Turin), a publiquement réprouvé cette pratique en déclarant qu'il ne permettrait absolument plus dans son asile de semblables expériences contraires aux principes de l'humanité et de la prudence médicale. Et cela, parce que cette opération est inutile pour la guérison de la folie, qu'il n'est pas démontré qu'elle soit sans danger et qu'il n'est pas permis de l'employer sans le consentement des malades, à moins d'un danger imminent de la vie et la certitude d'y remédier.

Les faits répondent jusqu'ici à ces objections, a dit M. Pacchiotti. L'innocuité de l'opération d'abord les réduit à peu près à néant. S'il fallait toujours observer ces lois immuables dans la pratique de l'art, le progrès serait impossible. (*Gazz. del popolo*, n°s 185 et 186, juillet.)

Injections hypodermiques morphinées. Employées par

M. A. Voisin, à l'exemple de Krafft-Ebing, elles ont amené la guérison de 25 malades, dont 6 atteints de folie générale avec hallucinations, 10 de lypémanie avec hallucinations et 3 à forme extatique, 3 avec idées mystiques ou de suicide, 2 cas de folie hystérique avec hallucinations et conceptions délirantes tristes. L'agitation en reçoit promptement une salutaire influence si la dose est suffisante. Elle peut s'élever graduellement depuis 5 centigrammes de chlorhydrate jusqu'à 1 gramme, comme le recommande Krafft-Ebing (voy. *année* 1870). La mélancolie, la stupeur, l'extase, les idées de suicide, et surtout l'agitation maniaque disparaissent ainsi, de même que les névralgies, surtout chez les femmes.

Cette médication est donc fondée sur l'hyperesthésie du système cérébro-spinal et du grand sympathique, et se trouve contre-indiquée dans la folie symptomatique de lésions des centres nerveux, de l'épilepsie ou de la paralysie générale. (*Bull. de thérap.*)

Agitation maniaque épileptique. *Efficacité de la teinture de digitale.* — Voy. ÉPILEPSIE.

Classification et diagnostic des maladies mentales, par le docteur P. Berthier, médecin résidant de l'hospice de Bicêtre. Brochure de 32 pages.

LÉGISLATION. Sous le nom de *Societa freniatrica italiana*, une société de médecine mentale s'est formée en Italie, en 1873, réunissant tous les médecins aliénistes, sous la présidence du professeur Girolami. Un congrès spécial triennal sera également tenu en même temps que les congrès des savants italiens. Le premier aura lieu à Imola, et l'institution d'hospices spéciaux pour les fous criminels y sera discutée.

Suivant le docteur Lombroso, tout criminel doit être considéré comme aliéné et renfermé comme dangereux dans des hospices criminels. Cette opinion, comme on sait, est partagée par divers philosophes ; M. le docteur Dally l'a défendue en France, à la Société médico-psychologique, sans trouver beaucoup d'adhérents.

Après une longue discussion sur l'organisation des asiles

d'aliénés, dans la séance du 28 novembre 1873, le conseil général de la Seine a émis l'avis suivant, à une majorité de deux voix seulement :

1° Que les asiles d'aliénés reprennent leur organisation spéciale et distincte, et qu'ils soient de nouveau placés sous la gestion directe de M. le préfet de la Seine ;

2° Qu'il soit institué auprès de chacun des asiles de la Seine la commission de surveillance prévue par l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

3° Qu'il y a lieu de séparer à l'avenir, dans les asiles de la Seine, les fonctions administratives des fonctions médicales, à la condition d'une application rigoureuse du règlement de 1867 ;

4° Que la nomination des médecins ait lieu après un concours préalable.

Par arrêté du préfet de la Seine Duval, les cours cliniques de maladies mentales qui étaient faits à l'asile Sainte-Anne, où ils attiraient depuis 1868 un grand nombre de médecins nationaux et étrangers, ont été supprimés sans autre motif que l'opinion personnelle et sans contrôle de ce préfet. L'enseignement fondé et illustré par Pinel, Ferrus, Leuret, Baillarger, Falret et tant d'autres, se trouve ainsi aboli en France. Toute la presse a flétri cette mesure ; des interpellations ont même été faites à son auteur, lors de la rentrée du Conseil général de la Seine. Mais il a répondu qu'il n'admettait pas que des aliénés puissent servir de sujets d'études ou de démonstration dans un cours ; au nom du respect dû à la personne des malades et de l'obligation où est l'administration de garder le secret qui lui est confié, il a déclaré ne pas pouvoir autoriser la réouverture des cours cliniques. Malgré les puissantes raisons invoquées par MM. Depaul, Trélat et Loiseau, au nom des intérêts de la science, des malades et des élèves, le susceptible préfet ne s'est pas laissé convaincre. L'enseignement clinique des maladies mentales se trouve ainsi exclu de l'enseignement de la Faculté de Paris.

ALLAITEMENT ARTIFICIEL. Plusieurs médecins des hôpitaux de Paris ayant observé que les nourrissons des femmes accouchées ou malades dans ces établissements n'avaient pas toujours une ration suffisante de lait pour les

alimenter convenablement, une enquête a été faite à cet égard, et il résulte du rapport de M. le docteur Parrot fait à la Société médicale des hôpitaux, le 13 février, que le règlement alimentaire de ces enfants, au-dessous d'un an, était essentiellement défectueux. Il ne distingue, en effet, que deux catégories d'enfants et fixe leur nourriture en conséquence. Ceux âgés de moins d'un mois ont 30 centilitres de lait avec addition de sucre, vermicelle, semoule et farine, et pour ceux au-dessus d'un mois, la nourriture est la même de deux sixièmes supérieure et seulement avec addition de pain, jusqu'à un an.

Or, on sait que le nouveau-né varie beaucoup plus que cela dans son alimentation ; s'il est dangereux de ne pas lui donner le nécessaire, il l'est aussi de lui donner du superflu. Natalis Guillot, le premier, a constaté par un calcul rigoureux, mathématique, en pesant l'enfant immédiatement avant et après chaque tetée, que le poids en était accru de 3, 15, 40 et 55 grammes après chaque tetée dans les quatre premiers jours. Multiplié par 8 à 10 tetées dans les vingt-quatre heures, cela fait 30, 100, 300 et 366 grammes pendant les quatre premiers jours de la vie ; 650 grammes après le premier mois, 750 après le troisième, 850 après le quatrième, et 950 de six à neuf mois.

Mais le lait de vache dont on se sert en général pour l'allaitement artificiel contenant plus de caséine, de beurre et de sels que celui de femme, mais moins de sucre et d'eau, on imite assez bien celui-ci en l'étendant d'un tiers d'eau et en y ajoutant un 25e de son poids de sucre. Voici, d'après ces données, la quantité de lait de vache nécessaire à la nourriture d'un nourrisson :

Premier jour...	20 gr.	Après le premier mois....	434 gr.
Deuxième jour..	100	Après le troisième mois..	460
Troisième jour.	300	Après le quatrième mois..	566
Quatrième jour.	366	De six à neuf mois.......	634

On peut sans doute varier de quelques grammes par jour suivant la force, la vitalité, la santé et l'appétit du nouveau-né et du nourrisson ; mais il est certain qu'au bout du mois, la moyenne de la quantité de lait absorbé se rapprochera beaucoup. Douze enfants de différents âges, mis en expérience à la crèche de l'hospice des Enfants-assistés,

nourris au lait de vache qu'ils prenaient six fois dans les vingt-quatre heures, ont ainsi absorbé 198 grammes par jour le premier mois au lieu de 196, 400 grammes le second mois au lieu de 434, et dans le sixième, 708 grammes au lieu 634. Les différences sont donc très-faibles.

Mais comme l'enfant absorbe chaque jour davantage, il est évident que cette dose moyenne de 200 grammes de lait de vache pour le premier mois de la vie, bien supérieure à ce qui est nécessaire les premiers jours, devient insuffisante dans les derniers; de même de celle de 400 grammes pour la deuxième période, c'est-à-dire les quatre mois suivants, ainsi que celle de 700 grammes du sixième au neuvième mois. Il faut donc l'augmenter graduellement. La commission des hospices a fixé les doses suivantes :

300 grammes par jour pendant le premier mois.
600 — — du deuxième au cinquième mois.
800 — — du sixième mois et les suivants.

Ces quantités suffisent amplement à nourrir les enfants élevés au biberon, pourvu que ce lait soit pur et de bonne qualité. Si on le coupe, il est nécessaire d'y ajouter du sucre dans les proportions suivantes :

30 grammes pour le premier mois.
40 — pour les quatre suivants.
50 — pour les autres mois.

Pendant la première et la seconde période, c'est-à-dire pendant les cinq premiers mois de la vie, le lait peut et doit même constituer la nourriture exclusive de l'enfant, à moins de circonstances particulières; mais, à partir du sixième mois, il faut l'accoutumer aux bouillies et aux panades faites avec une partie de son lait. On peut même y ajouter des potages gras.

Le règlement était donc vicieux. Au lieu de deux divisions seulement, il en a été formé trois avec les rations suivantes :

Enfants de moins d'un mois.	Lait...............	30 centilitres.
	Sucre.	30 grammes.
— de 2 à 5 mois......	Lait...............	60 centilitres.
	Sucre.	40 grammes.
— mois à un an..	Lait...............	70 centilitres.
	Fécule, farine, pain.	100 grammes.
	Sucre.	50 —

Ces chiffres peuvent être pris comme base de l'allaitement artificiel aussi bien dans les familles que dans les hôpitaux. Alimentés, nourris suivant ces règles précises, ces nourrissons auront pour eux l'air pur, des soins plus attentifs, et auront ainsi plus de chances d'échapper à la mortalité énorme qui frappe le premier âge.

Lait de chienne. Il convient essentiellement aux enfants rachitiques. — Voy. RACHITISME.

AMBLYOPIE. L'utilité du bromure de potassium à haute dose contre les phénomènes nerveux déterminés par l'alcoolisme, et son action astringente sur les vaisseaux de la rétine, ont incité le professeur Quaglino à l'employer dans l'amblyopie provoquée par l'abus de l'alcool et du tabac. Il en a obtenu le retour à l'acuité visuelle normale ou l'arrêt de sa diminution dans 7 cas rapportés dans ses *Annales d'ophthalmologie.* M. Sperino en rapporte également trois succès obtenus au dispensaire de l'hôpital ophthalmique de Turin. (*L'Osservatore*, mars, n° 10.)

La dose, pour être efficace, commencée à 1 ou 2 grammes par jour dans 200 grammes d'eau, doit s'élever graduellement d'un gramme dans les vingt-quatre heures, jusqu'à ce que des phénomènes toxiques se manifestent, comme le tremblement des jambes, une somnolence excessive, difficulté du langage ou faiblesse de mémoire. L'amélioration se manifeste à la dose de 8 à 9 grammes, quand il y a tolérance ; mais il faut souvent la porter à 10, 12, 15 et même 20 grammes pour que la guérison soit complète. Une certaine hardiesse est donc indispensable à cet égard.

AMPUTATIONS. *Galvano-cautère.* Le docteur P. Brun fait une critique très-vive et fondée sur l'emploi de ce moyen de diérèse si fort en vogue. Au point de vue de l'hémostase, il n'a plus guère d'application depuis que le procédé d'Esmarch est connu. Moins sûrement que lui, le galvano-cautère prévient l'hémorrhagie, car celle des gros vaisseaux est toujours à craindre. La compression et ses dangers ainsi que les ligatures sont indispensables. Une fois sur quinze amputations, l'hémorrhagie secondaire eut lieu après quatre semaines. La couche formée par l'eschare

n'empêche pas l'infection purulente : 2 amputés sur 15 y ont succombé. Ce moyen ne peut donc remplacer l'instrument tranchant. Employé dans deux cas, conjointement avec l'enroulement préalable du membre avec une bande de caoutchouc, il a empêché toute hémorrhagie veineuse durant l'opération. (*Langenbeck's archiv für klin. chirur.*, 1873.)

Position du moignon. Son élévation généralement adoptée est vicieuse, selon M. Nepveu, dans les amputations de cuisse et de jambe, en ce qu'elle facilite la stagnation des liquides et du pus éminemment putrides secrétés par la plaie. Une véritable rétraction du tissu fibreux s'opère également de manière à gêner et même à empêcher plus tard l'emploi d'un membre artificiel ou d'un pilon, comme il en cite de nombreux exemples. D'où l'indication de le placer de préférence dans l'extension. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 2.)

Atrophie des membres amputés. Cette altération bien connue et généralement considérée comme un résultat du défaut d'exercice, a été mesurée mathématiquement par M. Nepveu. Chez un garçon de trente-deux ans, mort d'un cancer du rein gauche, deux ans après l'amputation du pied droit par le procédé de Lisfranc, ce membre présenta à l'autopsie un poids de 376 grammes de moins que le gauche. Tous les muscles et les os, pesés séparément offraient une diminution comparative ; les artères étaient diminuées de volume et la moelle osseuse était très-graisseuse du côté amputé. (*Bull. de la Soc. anatom.* 1873.)

On se demande si l'inactivité suffit à amener une telle atrophie ou si la diathèse y a concouru. C'est là une recherche facile à faire sur les amputés morts accidentellement et sans diathèse évidente.

Mortalité. Elle est beaucoup moindre dans les hôpitaux de Londres que dans ceux de Paris. Sur 80 amputés à l'hôpital de *University College* dans l'espace de deux ans, 21 ont succombé, d'après M. Erichsen ; soit 26 pour 100, défalcation faite des amputations partielles de la main et du pied. 631 amputations pratiquées dans quatre des principaux hôpitaux ont donné 230 décès, soit 37,8 pour 100. Mais à *Saint-Bartholomew's hospital*, la mortalité n'est plus que de

20 pour 100 depuis 1869, que de grandes améliorations ont eu lieu dans cet hôpital et que les opérés y reçoivent des soins consécutifs très-minutieux. — Voy. STATISTIQUE.

Amputation du bras. *Ligature élastique.* L'épreuve suprême du pouvoir constricteur et écrasant de la ligature élastique a été faite avec succès par son auteur, M. Grandesso-Silvestri, à l'hôpital de Vicence, sur un garçon de vingt-deux ans. Le 8 mai dernier, son bras gauche était soumis à cette action, et le 18 juin suivant, c'est-à-dire quarante jours après, l'humérus tombait sans le secours d'aucun autre instrument. C'est assurément là un fait nouveau qui démontre la puissance énorme d'un simple fil constricteur, dont l'action est ininterrompue. Nous ne sachions pas que le fil métallique ni la chaîne même de l'écraseur ait produit pareille section. Les principaux détails de cette amputation méritent donc d'être relatés.

Giovanni Tomiello, sellier, âgé de vingt-deux ans, fut admis à l'hôpital de Vicence pour une carie des sixième, septième, huitième et neuvième côtes droites, à leur plus grande convexité, avec carie du coude gauche et menace de carie à la main droite, toutes d'origine scrofuleuse. Fièvre avec sueurs et diarrhée colliquative que rien ne pouvait calmer; anorexie absolue avec douleurs atroces de l'articulation cariée; d'où insomnie et maigreur extrême; danger d'une mort prochaine.

L'amputation sanglante, repoussée par le malade, fut jugée inapplicable par les consultants de l'hôpital. Mais convaincu que l'absorption du pus de l'articulation cariée était la cause principale de tous les accidents, M. Grandesso-Silvestri proposa l'application de la suture élastique comme moyen de sectionner les parties molles, sans répandre une goutte de sang, et de mettre fin ainsi aux douleurs articulaires et à la fièvre.

Après avoir administré 7 grammes 50 centigrammes de chloral, le bras fut entouré, à commencer immédiatement au-dessous de l'insertion deltoïdienne, où sa circonférence s'élevait à 18 centimètres, avec un fil de gomme élastique de 2 millimètres de diamètre environ et enveloppé d'un filet de lin. Vingt circulaires furent successivement faites, en tenant toujours le fil dans sa plus grande extension, et

les deux extrémités en furent réunies avec un fil de soie. Le malade, plongé dans le sopor, ne manifesta aucune douleur, malgré l'énorme pression de 42 kilogrammes supportée par son bras.

Le pouls à droite, qui donnait 130 pulsations lors de l'opération, à une heure de l'après-midi, n'en donnait plus que 112 à cinq heures et 100 à sept heures et demie. Dès le lendemain, l'opéré était sans fièvre, sans sueurs ni diarrhée, et réclamait à manger. Quant au membre ligaturé, toutes les parties placées au-dessous de la ligature étaient mortes immédiatement. La désarticulation de l'avant-bras fut remise au lendemain. L'humérus fut dénudé de la moitié des chairs le recouvrant encore. Sa circonférence était de 7 centimètres et demi.

Les fils constricteurs perdirent dès lors leur parallélisme et s'agglomérèrent l'un sur l'autre. La circonférence des parties étreintes diminua graduellement de 11 centimètres à 8 du 12 mai au 3 juin. Elle diminua encore en agissant sur l'humérus, à partir de ce jour, au point d'être de 7 centimètres le 15 juin. Le 17, l'extrémité libre de l'humérus était mobile, et le lendemain elle tombait avec le fil élastique. Ces pièces sont déposées au cabinet pathologique de l'hôpital.

Cette section graduelle eut lieu sans complication. Les chairs, laissées sous la ligature, prirent un brun plombé sans se putréfier. Une légère hémorrhagie artérielle se manifesta les 11 et 12 mai, qui cessa le 13 par l'excision de ces chairs encore adhérentes à l'humérus et l'application du perchlorure de fer sur celui-ci. Des douleurs imaginaires rapportées au membre tombé cessèrent avec la section des parties molles, puis d'autres douleurs s'ensuivirent jusqu'à la chute de l'os, qui furent rapportées à la compression de la moelle.

Pendant tout ce temps, l'opéré mangeait, digérait et dormait parfaitement. La nutrition était parfaite, aussi un épistaxis eut lieu du 3 au 5 juin, et la main droite devint œdémateuse et douloureuse ; ce qui nécessita une médication antiphlogistique énergique.

A la chute de l'os, le moignon était cicatrisé postérieurement et ne laissait l'humérus découvert que de 2 centimètres. Un abcès sous-cutané se déclara dès le 19 juin à la

moitié du bras, qui donna un pus crémeux sans altérer en rien la plaie du moignon, qui, quoique en bon état de granulation, n'était pas encore cicatrisée le 10 juillet, pas plus que celle des côtes cariées ni celle de la main droite. (*Gazz. med. Venete*, 25 juillet.)

Il serait superflu de s'étendre ici sur les objections à faire à un pareil procédé ; chaque lecteur les fera à son point de vue. N'eût-il pas été préférable de recourir à la méthode d'Esmarch, qui, en prévenant toute perte de sang, eût terminé en un instant cette ablation de l'os, qui a duré quarante jours à se faire, sans compter les dangers de la résorption des tissus mortifiés, gangrénés ? Si ce n'est que l'auteur a voulu mesurer par là tout le pouvoir de la gomme élastique et a vu dans ce fait une *indication absolument vitale*, cette application n'aurait pas d'autre raison d'être que l'amour paternel. Il l'a appliqué ainsi sur le gros orteil du pied gauche ankylosé. Mais il n'est pas probable qu'il soit imité dans cette voie, à moins d'indications formelles, où ce procédé peut constituer une ressource chirurgicale précieuse.

Amputation ostéo-plastique tibio-calcanéenne. *Modification du procédé Pirogoff.* L'inflammation par le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne résultant souvent de l'amputation de l'astragale, M. L. Le Fort y a renoncé, car elle devient ainsi plus dangereuse pour l'opéré que les amputations sus-malléolaire ou tibio-tarsienne. Il la remplace par un procédé fort ingénieux dont le principe est de laisser le talon absolument intact avec l'insertion du tendon d'Achille en sectionnant le calcanéum, non plus verticalement, comme le fait Pirogoff, mais horizontalement, au-dessous de ses surfaces articulaires astragaliennes. Il soude ensuite le plateau calcanéen à l'autre plateau, résultant de la section de la mortaise tibio-péronière et conserve ainsi une base de sustentation aussi utile que possible à la locomotion.

Un double succès de ce procédé a eu lieu successivement sur les deux pieds d'un pauvre garçon de vingt ans, admis à l'hôpital Beaujon, atteint d'un double pied-bot varus congénital, aussi accusé que possible. Des ulcérations rebelles attaquant le système osseux et les articulations rendant la marche impossible, il réclamait l'amputation.

Le 25 mars 1873, M. le professeur L. Le Fort pratiqua l'opération suivante : Une incision commencée à 2 centimètres au-dessous de la malléole externe, est conduite directement en avant jusqu'au niveau du tiers antérieur du calcanéum; puis décrivant une courbure à convexité antérieure au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, le couteau se porte en arrière pour s'arrêter à 3 centimètres en avant de la malléole interne. Le pied étant relevé, un lambeau plantaire convexe est taillé transversalement et rejoint l'incision externe au-dessous de la malléole.

Le lambeau dorsal disséqué et l'articulation tibio-tarsienne découverte, la partie interne est isolée avec soin pour ménager la tibiale postérieure à son passage derrière la malléole interne. Les ligaments péroniers sont coupés, ainsi que le ligament interosseux du calcanéum et de l'astragale. Le pied s'écarte, se luxe en dedans, et s'enlève comme dans le procédé de Chopart; ce qui permet d'éviter plus sûrement la blessure de l'artère plantaire et de disséquer facilement le lambeau plantaire.

L'astragale, saisie avec un fort davier, est dégagée et séparée de tout ce qui la retient. Le calcanéum est scié d'arrière en avant de tout son plateau articulaire; puis les malléoles étant séparées des parties molles, elles sont réséquées par un trait de scie perpendiculaire à leur longueur, c'est-à-dire le plateau articulaire du tibia et du péroné.

Le rapprochement du calcanéum avec les os de la jambe en vue de leur soudure possible, démontrée par Pirogoff, est alors facile sans le moindre renversement du talon en avant. Une bande de sparadrap placée en étrier et fortement tendue maintient ce rapport avec quelques bandelettes transversales soutenant l'étrier qui remonte jusqu'au-dessus du genou fléchi à angle droit sur la cuisse.

Pendant un mois, ce bandage est laissé en place sans autre accident qu'un petit abcès dans la gaîne du tibial postérieur. La plaie suppura à peine et donna une belle cicatrice linéaire. Au soixante-deuxième jour, la soudure des os était telle, qu'aucun mouvement de latéralité n'était possible; l'opéré s'appuyait sur son moignon sans douleur et avait ainsi une base solide de soutien. Avec un pilon ou des

béquilles de l'autre côté, il peut faire 8 à 10 kilomètres et gagner ainsi sa vie en travaillant.

On pourrait simplifier l'opération, d'après l'auteur, en entrant d'emblée dans l'articulation tibio-tarsienne et en portant de suite la scie sur le calcanéum, maintenu alors beaucoup plus solidement.

Ce procédé a l'avantage de conserver la vitalité du lambeau talonnier sans le cul-de-sac où s'accumule le pus dans les procédés de Roux et de Syme. Pour obtenir la réunion immédiate des parties molles profondes en contact avec les sections osseuses, il suffit d'une lame de gutta-percha et de compresses graduées serrées avec une bande. Il ne survint qu'un abcès dans la gaîne du tibial postérieur. La guérison fut complète et une bottine à semelle circulaire suffit à permettre la marche. (*Union méd.*, n° 110, et *Gaz. hebd.*, n° 45.)

AMYLAMINE. Il résulte des recherches de M. Dujardin-Beaumetz que le chlorhydrate d'albumine ($C^5H^{14}AzCl$) administré à l'intérieur, produit l'abaissement de la température et du pouls. Chez le cobaye, le chien, le lapin, cet effet est obtenu par de faibles doses introduites sous la peau (de 1 à 20 centigrammes suivant l'animal). A doses plus élevées, il survient des convulsions et la mort.

Chez l'homme, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, on observe aussi cette diminution du pouls et de la température, abaissement qui peut être de 10 à 20 pulsations par minute dans l'espace d'une heure. Appliquées au pouls et à la température, dans le traitement de la fièvre typhoïde en particulier, ces propriétés dépressives du chlorhydrate d'amylamine en ont déterminé l'abaissement dans 10 cas et le résultat en a été avantageux. Comparée à l'action physiologique du chlorhydrate de triméthylamine, celle de l'amylamine, si elle n'est pas aussi sédative et calmante sur le système nerveux, jouit d'une action beaucoup plus marquée sur le pouls et la température. Sa toxicité est aussi beaucoup plus considérable que celle du chlorhydrate de triméthylamine, de même que celle du chlorhydrate d'ammoniaque. (*Acad. des sciences,* novembre.)

ANESTHÉSIE. *Injections veineuses de chloral.* Après des

expériences sur les animaux, ayant montré à M. Oré (de Bordeaux) qu'elles déterminaient un sommeil profond avec insensibilité absolue et un réveil immédiat par l'application d'un courant électrique, il les a employées chez l'homme. La première fois dans un cas de tétanos traumatique presque désespéré chez un homme de cinquante-deux ans. Après l'injection lente et graduelle de 10 grammes de chloral en solution, il en est résulté un sommeil profond avec paralysie complète de la sensibilité et de la motilité, respiration calme et tranquille pendant onze heures. L'injection ayant été renouvelée le lendemain et le surlendemain à la même dose, a déterminé un sommeil de huit heures. Les accès tétaniques ont diminué graduellement et le malade a guéri sans la plus légère trace de phlébite. Un petit abcès s'est seulement produit par suite de l'introduction du chloral dans le tissu cellulaire. (*Acad. des sciences.*) — Voy. TÉTANOS.

Une résection du calcanéum étant à faire chez un garçon de vingt-deux ans, M. Oré a renouvelé cette injection veineuse de chloral pour obtenir l'anesthésie. Une bande appliquée sur le bras, comme pour la saignée, en déterminant le gonflement des veines permit de ponctionner l'une des veines radiales avec un trocart capillaire, et à l'aide d'une seringue graduée. 22 grammes d'une solution au tiers de chloral furent injectés lentement jusqu'à ce que l'insensibilité fût complète. La résection dura vingt-cinq minutes sans que le malade sortît de son profond sommeil et dénotât la moindre trace de sensibilité.

Le sommeil aurait duré encore longtemps, lorsqu'il suffit d'un courant électrique à intermittences rapides et fortes, avec un conducteur appliqué sur le côté gauche du cou et l'autre sur l'épigastre, pour que la respiration devînt plus ample et que le malade se réveillât sans se rien rappeler. Aucune trace de phlébite ne se montra. D'où M. Oré a conclu prématurément qu'il avait découvert un nouveau moyen d'anesthésie dont il trace ainsi les règles.

1° Une solution au tiers de chloral suffit pour obtenir l'anesthésie complète.

2° L'injection sera faite toujours *par le procédé de la ponction directe, sans dénudation de la veine ;* il faut éviter, à tout prix, de dénuder le vaisseau, sûr moyen d'obtenir la coagulation et la phlébite.

3° Le chirurgien devra la faire *lentement* pour tâter les prédispositions du malade. L'approche du sommeil sera la preuve que l'anesthésie est sur le point de se produire. Dès que le sommeil sera complet, il sera inutile de continuer l'injection ; en attendant quelques minutes, on se trouvera en présence d'un état d'anesthésie *tel que le chloroforme n'en produit jamais.*

4° L'opération terminée, on pourra, à l'aide de courants électriques, faire cesser, ainsi qu'il est dit plus haut, l'immobilité. Le chirurgien devra donc avoir à sa disposition un appareil électrique fonctionnant bien.

5° Si l'anesthésie produite par les injections intra-veineuses de chloral est applicable à toutes les opérations chirurgicales, elle trouvera surtout une application exceptionnelle dans les opérations de *longue durée*, résections, ovariotomies, etc. (*Idem*, mai.)

C'est en suivant scrupuleusement ces règles que MM. Deneffe et Van Vetter (de Gand) ont obtenu une anesthésie complète, le 4 juin, sur un homme de cinquante-sept ans, atteint d'un cancer récidivé du rectum. 8 grammes de chloral furent injectés graduellement dans la veine radiale, dans l'espace de deux heures. L'anesthésie était complète et la cornée presque insensible. L'opération ne dura qu'un quart d'heure ; mais l'électrisation des nerfs pneumo-gastriques et d'autres parties les plus sensibles du corps ne suffit pas à réveiller l'opéré, pas plus que les autres excitants. Il fallut laisser dormir le malade qui ne se réveilla que onze heures après, mais avec un pouls et une respiration normaux. L'opéré ne se rappelait rien. Aucune complication ne s'est manifestée et le malade se rétablit parfaitement. (*Idem*, juin.)

Malgré l'énorme dose de 33 grammes de chloral dissous dans 330 grammes d'eau distillée, injectés en deux jours dans les veines d'un hydrophobe, admis à l'hôpital Cochin, M. Bucquoy ne trouva aucune thrombose ni embolie à l'autopsie ; une congestion générale des viscères en fut le seul résultat appréciable. — Voy. Rage.

A l'aide de cette injection veineuse de hautes doses de chloral faite très-lentement et en plusieurs temps chez les animaux sur lesquels ils l'ont expérimentée, MM. Carville et Laborde ont obtenu une insensibilité absolue, une anesthésie

des plus profondes pendant trois, quatre et six heures; ce qui permet ainsi d'étudier les réactions physiologiques avec plus de facilité et de sécurité. Mais, tandis que la sensibilité est anéantie, la motilité persiste et des contractions musculaires énergiques se manifestent par l'excitation électrique de nerfs périphériques. (*Soc. de biol.*, décembre 1873.)

Outre la nouveauté de cette administration du chloral et l'anesthésie profonde et absolue qui en résulte, l'innocuité topique de si hautes doses sur le sang a lieu de surprendre et d'étonner. Elle est en contradiction formelle avec l'observation des médecins italiens qui ont employé la solution aqueuse de chloral dans les veines variqueuses et qui ont obtenu la coagulation immédiate du sang. A moins que la différence des doses soit la cause de cette différence d'action, on ne s'explique pas la douleur, la phlébite, les abcès et la gangrène signalés par ceux-ci, et l'anesthésie sans aucun accident observé par les autres. — Voy. Varices.

Un accident grave a d'ailleurs été noté sur le chien par M. Vulpian, à la suite de l'emploi très-fréquent qu'il a fait des injections veineuses de chloral pour immobiliser les animaux et faciliter les vivisections. 2 ou 3 chiens, sur 60 ou 80 qu'il a ainsi anesthésiés, ont été pris d'hématurie, pendant que l'on pratiquait l'injection, et l'autopsie a fait reconnaître une congestion très-considérable des reins, rougeur et ecchymoses de la substance rénale. Cet accident pourrait donc se reproduire chez l'homme. (*Acad. de méd.*, juin.)

D'après les expériences de MM. Feltz et Ritter, une solution de chloral au cinquième injectée dans les veines d'un chien détermine sa mort, dès que la dose dépasse 25 centigrammes par kilogramme de son poids. La température baisse, la respiration se ralentit et s'arrête, alors que les battements du cœur fréquents, irréguliers, ont déjà cessé. Il y a tremblement des muscles respiratoires, pâleur des muqueuses, convulsions de l'œil et dilatation de la pupille. La sensibilité consciente cesse avant la sensibilité réflexe. On ne trouve pas de lésion dans le sang ni dans les viscères et la mort paraît due à l'action du chloral sur le système nerveux.

A moindre dose, l'anesthésie se manifeste et se maintient en renouvelant l'injection, dès que la sensibilité réflexe

reparaît, en diminuant de plus en plus les doses. Mais la mort arrive fatalement après vingt-quatre ou trente heures au plus. Les inspirations diminuent graduellement jusqu'à 5 ou 6 seulement par minute, tandis que les battements du cœur augmentent, et la tension artérielle s'abaisse de 15 à 5 centimètres. Chute rapide de la température, après les six premières heures, avec rétention de la salive qui coulait en abondance auparavant. Hémoglobine dans les urines, avec couleur rouge, absence de bile ; taches ecchymotiques de la muqueuse digestive ; poumons, foie, reins hypérémiés sans infarctus.

Les globules sanguins déformés sont sans élasticité ; teinte de plus en plus rouge du plasma ; cristaux d'hémoglobine. Le sang ne dégageait plus que 175 centimètres cubes d'oxygène avant la mort, au lieu de 250 avant l'expérience.

Le réveil de l'animal est d'autant plus rapide que la température et la pression ont moins baissé. La sensibilité reparaît la première et les mouvements ataxiques se régularisent en une ou deux heures ; mais si la chloralisation a duré une dizaine d'heures avec abaissement de la température à 30 degrés, l'action toxique se manifeste après le réveil et la mort a lieu avec les altérations ci-dessus décrites. (*Acad. des sciences.*)

En confirmant sur les animaux : chèvres, chats, rats, lapins, que ces injections poussées *trop vite* peuvent amener la mort séance tenante, tandis que, faites *lentement*, l'animal peut supporter une quantité relativement très-grande de chloral, M. Colin a vérifié de même que, injectée dans le tissu cellulaire, une solution *très-diluée* de chloral est, sans nocuité et peut amener également l'anesthésie. Elle est plus longue à se manifester et voilà tout. Dans ces cas l'anesthésie débute toujours par les membres postérieurs et les membres antérieurs ensuite. Le ralentissement de la respiration est très-marqué et les inspirations réduites de moitié après une anesthésie de vingt-quatre heures. Un refroidissement de 10 degrés en a aussi été la conséquence. De là peut-être les pleurésies, bronchites, pneumonies, constatées chez ces animaux. Voici les conclusions formulées à cet égard par M. Colin.

1° Il y a équivalence entre les injections intra-veineuses et les injections intra-cellulaires de chloral ;

2° Il convient d'employer des solutions faibles ;

3° Il importe d'en bien régler les doses suivant l'âge et la taille des sujets ;

4° Si l'on injecte dans les veines, il faut pratiquer l'injection lentement pour éviter la syncope ;

5° Il convient d'éviter les veines voisines des articulations.

En expérimentant ce moyen dans le laboratoire physiologique de l'Université de Padoue, MM. les docteurs Albertoni et Tonoli n'ont pas été aussi heureux. 3 grammes de chloral hydraté, dissous dans 4 grammes d'eau, ayant été injectés dans la jugulaire d'un chien pesant 5 kilogrammes, il mourut aussitôt. De gros caillots furent rencontrés dans le cœur droit et les branches de l'artère pulmonaire. Chez un autre chien pesant 8 kilogrammes, 2 grammes de chloral ayant été injectés de même dans 20 d'eau, il n'en résulta que les phénomènes d'excitation de l'anesthésie commençante : augmentation du pouls et de la respiration ; l'animal tombe, se relève et trébuche, bat les murs comme dans l'ivresse, mais il pousse des cris si l'on pique le pavillon de l'oreille. La sensibilité n'était donc pas éteinte. L'animal se rétablit parfaitement. (*Gazz. med. Venete*, n° 20, mai.)

Par ces résultats, on voit que ce moyen anesthésique est des plus dangereux en déterminant la coagulation du sang, des embolies, dès qu'il est donné à trop haute dose. Il est probable que c'est ainsi que les tétaniques de MM. Cruveilhier, Labbé et Tillaux ont succombé si rapidement, ainsi que le premier chien des expérimentateurs italiens. Or, comme on ne sait jamais la dose qui convient à chaque individu, qu'elle varie suivant son idiosyncrasie, comme pour l'éther et le chloroforme, on s'exposerait toujours à en employer trop ou pas assez, même en l'injectant lentement et à plusieurs reprises.

On ne peut arguer d'ailleurs de l'innocuité de ces injections de chloral dans les veines des animaux bien portants à leur innocuité dans celles de l'homme malade, beaucoup plus disposé par ce fait à la coagulation du sang, comme l'a justement remarqué M. Verneuil. Proposer de les substituer aux inhalations chloroformiques pour l'anesthésie chirurgicale, c'est une véritable aberration, a-t-il dit. Il suffit de pousser l'injection un peu trop vite pour déterminer la

mort immédiate. Une protestation énergique s'est élevée ainsi au sein de la *Société de chirurgie* contre cette nouvelle méthode, qu'elle a rejetée et qui n'a eu également que M. Bouillaud pour la défendre à l'Académie de médecine.

Différences expérimentales entre l'éthérisation et la chloroformisation. C'est par des expériences très-délicates sur les chiens que MM. Bowditch et Minot ont tenté de résoudre le problème. Afin de décider lequel des deux agents avait le plus d'action sur les centres nerveux pour élever la tension réflexe du sang, ils ont curarisé l'animal, et, la respiration artificielle établie, ils ont mesuré sphygmographiquement la tension comparative du sang par l'irritation du nerf saphène mis à découvert, et alors que l'animal inspirait l'air libre, l'éther ou le chloroforme. Or, il résulte de ces tableaux que l'inhalation du chloroforme abaisse l'irritabilité réflexe des centres vaso-moteurs beaucoup plus que l'éther, c'est-à-dire qu'il diminue l'irritabilité des nerfs sensitifs qui élèvent la tension du sang.

« En d'autres termes, disent ces auteurs dans leur communication à la Société des sciences médicales de Boston du 24 février dernier, si l'éther et le chloroforme se ressemblent dans leurs effets sur les centres nerveux dont l'activité consiste dans la perception de la douleur, celui-ci agit beaucoup plus fortement sur les centres chargés de régulariser la tension du sang artériel, et affecte ainsi profondément la vie animale, tandis que l'éther n'a pas cette action. » Est-ce assez abstrait? Qu'est-ce que cette activité des centres nerveux percevant la douleur et cette autre régularisant la tension du sang? Pour moi, cela ressemble fort à un procès de tendance fait au chloroforme et équivalant à la mainlevée donnée précédemment à l'éther.

Je dois pourtant signaler l'analogie de ces résultats avec ceux obtenus par le professeur Schiff sur plus de 5000 animaux dans son laboratoire de Florence. Il a résumé ainsi les effets anesthésiques comparatifs de l'éther et du chloroforme devant la *Società medico-fisica*, le 1er mars dernier, en présentant la deuxième édition, revue et augmentée, de son ouvrage sur *Il metodo seguito negli esperimenti sugli animali viventi* :

« Les phénomènes de paralysie de la sensibilité et du

mouvement sont identiques avec ces deux agents, tandis que la paralysie respiratoire et vasculaire a lieu dans un ordre inverse. Avec l'éther, la paralysie de la respiration précède toujours celle de la circulation ; celle-ci a lieu avant ou après, avec le chloroforme, suivant les conditions individuelles qu'il est impossible de déterminer préalablement. De là le danger de la chloroformisation le plus souvent employée dans les opérations chirurgicales, si la paralysie vasculaire précède celle de la respiration. Tandis que la respiration artificielle rétablit constamment et sûrement celle-ci, lorsqu'elle se produit par l'éthérisation, il n'en est souvent pas de même de la paralysie vasculaire résultant de la chloroformisation. On doit donc rejeter celle-ci comme dangereuse, et préférer celle-là qui n'a pas encore offert de mort imprévue quand l'attention du chirurgien se fixe convenablement sur la respiration. »

Sans doute ce ne sont que des interprétations expérimentales, mais on voit qu'elles s'accordent. Cette paralysie vasculaire fait aussi penser aux symptômes observés dans les cas de mort chloroformique qui l'ont fait attribuer à la syncope. Il y a donc matière à réflexion et à étude, car ces expérimentations tendent à faire revenir à l'éthérisation.

Le 11 novembre 1873, le bruit se répandit, dans les cercles médicaux de Boston, qu'une dame était morte la veille sous l'influence de l'éther, pendant l'extraction d'une dent par le docteur Eastham. Un jury est aussitôt réuni, l'autopsie est faite et un procès s'ensuit, où chirurgiens, chimistes et dentistes sont appelés comme experts et témoins. Il fut tout d'abord établi qu'un mélange d'éther et de chloroforme, fait instantanément et à vue d'œil, sans poids ni mesure, avait été administré. L'analyse du surplus, d'une gravité spécifique de 1,043, correspondait à 6 parties d'éther pour 4 de chloroforme. L'éther ne pouvait donc être sérieusement inculpé ; au contraire, après les dépositions catégoriques de MM. Bigelow, Cabot et d'autres chirurgiens, le chloroforme fut accusé d'avoir causé la mort de mistriss Crie, et le jugement rendu en conséquence comme un avertissement pour les dentistes de ne plus en user à l'avenir.

Mais un malheur n'arrive jamais seul, et comme un appel de ce jugement, beaucoup trop explicite selon nous, une dame Homan succombait le 4 décembre à Lyon, pendant

qu'on lui ponctionnait un abcès pelvien, étant cette fois sous l'influence unique de l'éther. Le chloroforme ne pouvait donc être incriminé. Ce fut la maladie, c'est-à-dire l'état de faiblesse de la malade, car, pour les Américains et les Bostonians en particulier, l'éthérisation ne saurait jamais être coupable d'un tel méfait. Le prétendre serait toucher à l'arche sainte, et le jugement en cette affaire, comme dans la précédente, l'exonéra complétement.

Sans aucun doute, l'éther est moins dangereux que le chloroforme. Les statistiques le prouvent; mais on voit que, si elles sont toujours élaborées sur des jugements semblables, leur valeur comparative diminue considérablement.

Chloro-méthyle ou bichlorure de méthylène. Cet agent anesthésique, dû au professeur Richardson, est préféré par M. Spencer-Wells pour la pratique de l'ovariotomie. 350 observations à l'appui montrent qu'il provoque moins d'excitation que l'éther et le chloroforme, et détermine rarement le vomissement. Ce sont là des avantages qui l'ont fait adopter également à Paris par M. Péan. Ce serait dès lors le meilleur anesthésique, au moins dans certaines conditions. — Voy. *année* 1868.

Opium et chloral. Dans un cas tout à fait exceptionnel, car il s'agissait d'un vieil ivrogne, âgé de soixante-trois ans, ayant eu déjà de nombreux accès de *delirium tremens*, et qui, depuis un an, n'avait pas eu huit jours de lucidité complète, M. le docteur Surmay (de Ham) ayant à pratiquer l'amputation de la jambe, par suite d'accident, crut dangereux de recourir à la chloroformisation à cause de l'âge avancé du blessé, son état d'alcoolisme et un vieux catarrhe pulmonaire dont il était atteint. Guidé sans doute par l'emploi combiné du chloroforme et de la morphine, il tenta d'obtenir l'insensibilité avec l'opium, auquel le malade était déjà habitué à de hautes doses, et le chloral. 15 centigrammes d'extrait thébaïque furent donnés en trois doses égales d'heure en heure, et $2^{gr},50$ de chloral dans 60 grammes de sirop simple également en trois doses et d'heure en heure. Le tout fut pris en six heures consécutives. Le sommeil vint progressivement sans aucune agita-

tion, et il fallut réveiller le malade pour lui faire prendre la dernière dose de chloral.

Au moment de l'opération, il était bien endormi, la respiration régulière et calme, le pouls à 96, la peau moite et chaude. Pendant toute la durée de l'amputation, il sourit, parle comme plongé dans une douce ivresse, et ne manifeste de sensibilité que par quelques mouvements réflexes. Il se rendort pendant le pansement ouaté, et, remis dans son lit, dort jusqu'au lendemain à quatre heures du matin, ne se réveillant que pour demander à boire. C'était douze heures de sommeil non interrompu.

Jusqu'à l'heure de la visite, l'opéré fut parfaitement calme, tantôt sommeillant, tantôt éveillé et parlant dans un délire tranquille. Interrogé, il se plaint seulement de quelques picotements dans la jambe, de soif vive, et ignorant l'opération qu'il avait subie.

Tout alla bien jusqu'au dix-septième jour, en donnant 10 à 15 centigrammes d'extrait thébaïque pour empêcher l'agitation ordinaire. Le bandage ouaté, levé le huitième jour, montra une plaie en bon état. Il fut replacé aussitôt, et tout annonçait une issue favorable lorsque des accidents tétaniques survinrent. L'amputé fut soumis de nouveau à l'opium et au chloral combinés, comme précédemment, et, grâce à ce traitement, les secousses tétaniques furent beaucoup moins fréquentes et moins énergiques que dans l'état de veille. Le mal ne présenta pas ainsi cet appareil navrant de torture qu'on lui voit habituellement. La mort arriva néanmoins le huitième jour, par le trismus. (*Soc. de chir.*, mars, et *Gaz. des hôp.*, n° 47.)

L'anesthésie a donc été aussi complète que possible, et peut être renouvelée dans les cas analogues, chez les alcooliques surtout. Sa prolongation permet de pratiquer ainsi les opérations les plus longues, les plus laborieuses, et si le succès se répète, ce sera là un nouveau mode anesthésique qui ne manquera pas d'applications.

La gangrène d'un orteil étant survenue chez un alcoolique qui s'enivrait avec du chloroforme dont il inhalait jusqu'à 150 grammes par jour, il suffit de 2 centigrammes d'extrait d'opium pour amener une insensibilité qui dura près de vingt-quatre heures. La moitié, le quart peut-être, eût donc suffi pour amener l'anesthésie. C'est ainsi que les

injections morphinées la prolongent dans la chloroformisation. Il n'y a pourtant pas lieu d'associer l'opium au chloroforme. Donnés ainsi pour combattre un accès de névralgie, ces agents ont déterminé l'empoisonnement et la mort. Au contraire, l'opium, administré à petites doses aux alcooliques, pour obtenir l'insensibilité, est une idée très-pratique. (*Assoc. française*, 1874.)

Anesthésie chloroformique. *État de la pupille.* En portant leur attention sur ce sujet, MM. Budin et Coyne ont constaté, sur l'homme et surtout sur le chien, que la pupille est parfaitement mobile et soumise aux alternatives de dilatation et de contraction dans les premiers moments de la chloroformisation. Elle se dilate, au contraire, considérablement, et beaucoup plus que dans l'obscurité, au début de la période d'excitation quand le chloroformisé commence à se contracturer. Elle est si excessive sur le chien que l'iris disparaît ; mais, au fur et à mesure que l'excitation s'éteint par les progrès de l'anesthésie, la pupille se rétrécit graduellement et arrive à une contraction bien plus prononcée qu'en pleine lumière.

L'anesthésie est pourtant encore incomplète, car on obtient des mouvements réflexes par le pincement ou la piqûre, et, en même temps, la dilatation pupillaire. On observe encore celle-ci alors que les mouvements automatiques des membres excités ont cessé. Mais bientôt l'iris reste immobile en état de contraction, quelle que soit la violence de l'irritation périphérique. C'est donc là un signe certain, suivant ces auteurs, de l'anesthésie chirurgicale. (*Progrès méd.*, 5 septembre, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 38.)

Mais l'instabilité de ce signe suffit à en atténuer la valeur. Si le vomissement survient, en effet, ou si la syncope se produit, aussitôt la pupille se relâche brusquement, comme si l'anesthésie cessait, tandis qu'elle persiste encore. Si donc la sensibilité de la pupille la rend plus impressionnable que tout autre muscle aux mouvements réflexes, cette extrême sensibilité ne peut être un guide aussi pratique pour le chirurgien que les autres muscles du corps. Ce ne peut être là qu'un moyen accessoire de constater l'anesthésie chirurgicale en cas de doute par les autres.

Inversion de la tête aux pieds. Les accidents consécutifs à la chloroformisation et la mort même étant rapportés à la syncope par anémie cérébrale, suivant des auteurs compétents, quel est le moyen d'y remédier? Pour M. le docteur Campbell, qui a été témoin d'une véritable résurrection par ce moyen, c'est l'inversion, c'est-à-dire la tête en bas. Nélaton l'employa le premier, mais il fut peu imité, en raison sans doute de la brutalité, de la barbarie apparente du procédé.

Rien n'est pourtant plus simple et facile ; l'aide physique des assistants suffit à renverser le patient, la tête en bas, dès que la suspension de la respiration et de la circulation se manifeste. Toute hésitation, la moindre temporisation est un danger de plus. Tous les adjuvants, comme la traction de la langue hors de la bouche avec une érigne, la respiration artificielle, l'insufflation, l'électrisation et les autres excitants ne doivent être employés que dans cette position, qui peut durer quinze minutes. La congestion artificielle et mécanique, en résultant sur le cerveau et le cœur, permet à ces organes de reprendre leur fonctionnement subitement interrompu, comme plusieurs faits en témoignent. (*Journ. de thérap.*, n° 2.)

Un fait observé par M. Mac Cormac est une preuve évidente de l'efficacité de ce moyen. Une femme hystérique, soumise à la chloroformisation dans un but chirurgical, ne dut la vie qu'à ce moyen. Vingt minutes après l'inhalation du chloroforme, et alors que l'opération était à peu près terminée, elle tomba en syncope, et ce n'est que par l'inversion du corps, pendant quatre à cinq minutes, que le cœur recommença à battre. Mais la syncope se reproduisit une seconde et une troisième fois, et, malgré tous les autres moyens employés, la respiration artificielle et l'électricité y comprises, le cœur ne recommença à battre que sous l'influence d'une inversion prolongée du corps. Un état cataleptiforme se prolongea pendant trois jours, puis la malade se rétablit parfaitement.

Il est donc bien évident que la syncope résulte, dans ce cas, de l'anémie cérébrale que l'inversion tend à détruire mécaniquement. C'est ainsi que M. Benjamin Richardson pensa utiliser ce moyen, dès 1854, en voyant des veaux tués présenter de nouveau des mouvements du cœur dès qu'ils

étaient suspendus la tête en bas, comme le font ordinairement les bouchers. Il obtint lui-même des résultats identiques en répétant cette expérience qui se trouve relatée dans l'*Association medical Journal.*

Une autre preuve de ce fait, c'est que, dans l'anesthésie obstétricale qui ne va pas jusqu'à l'insensibilité, aucun cas de mort ni de syncope ne s'est encore produit en Amérique, d'après M. Marion Sims, pas plus que dans la pratique de M. Campbell. Or, comme l'une et l'autre sont la conséquence de l'anémie cérébrale, elles ne peuvent se produire, parce que les efforts et les douleurs de la parturition, en poussant le sang vers la tête et y déterminant la congestion, empêchent précisément cette anémie. (*British med. journ.,* 22 août.)

Chloroformisation pendant le sommeil. Peut-on administrer le chloroforme en vapeur, sans force ni violence, chez une personne naturellement endormie et l'anesthésier ainsi dans un but criminel sans la réveiller? Cette question médico-légale soumise à la *Société de médecine légale* par M. le docteur Cucuel (de Montbéliard), était soulevée à l'occasion d'un viol perpétré à l'insu de la victime et pendant son sommeil. Sur la demande du juge *si les narcotiques, à l'état liquide ou gazeux,* pouvaient déterminer une anesthésie assez profonde pendant le sommeil pour perpétrer un crime pareil, sans que la victime se réveillât, M. Cucuel avait répondu négativement *à priori.*

Appelé à se prononcer sur la légitimité de cette réponse grave, M. le professeur Dolbeau a voulu en vérifier expérimentalement l'exactitude. Il existe bien des histoires de gens anesthésiés ainsi involontairement pendant leur sommeil pour les voler, les dévaliser, mais sans aucune sanction scientifique. Il a donc expérimenté d'abord sur des animaux renfermés dans une boîte où arrivaient les vapeurs du chloroforme et il a vu les animaux courir pour se dérober à ces vapeurs asphyxiantes. Trois expériences tentées pendant le sommeil sur une femme, un homme et une petite fille furent aussi infructueuses. Après quelques inspirations, les endormis se détournaient, comme pour fuir les inspirations anesthésiques, et se réveillaient brusquement en sursaut, désagréablement ou péniblement impressionnés. On

aurait donc pu conclure aussi négativement d'après ce commencement d'enquête.

Mais deux internes l'ayant poursuivie à l'hôpital, sur un certain nombre de malades ou de blessés endormis avec certaines précautions et un tour de main, un *modus faciendi* spécial, les résultats ont été différents. Sur six jeunes femmes et une fille de treize ans, M. Berger a bien vu les sujets se dérober aux premières inhalations, dans les cinq premiers cas, et se réveiller brusquement sous l'impression pénible ou désagréable des vapeurs du chloroforme ; mais l'une ne s'est réveillée qu'à la onzième inspiration et la jeune fille eût pu, avec un peu de persévérance et de malice, être anesthésiée complétement.

M. Hubert a mieux réussi encore en perfectionnant son procédé. Dans une première série de quatre hommes blessés, endormis, l'expérience a réussi complétement une fois ; deux fois dans une seconde série de six autres hommes, et trois fois sur neuf dans une troisième série, soit six succès sur dix-neuf expériences.

S'il est difficile scientifiquement de rendre insensibles par la chloroformisation des personnes endormies naturellement, cela est donc possible dans un certain nombre de cas, à l'aide de certaines précautions. Certains sujets y sont probablement réfractaires, mais d'autres moins irritables, et notamment les enfants, peuvent subir l'anesthésie chloroformique sans être arrachés à leur sommeil naturel. En justice, l'expert doit donc déposer conformément à cette conclusion jusqu'à ce que de nouvelles recherches, très-désirables, aient déterminé les conditions qui favorisent ou empêchent cette anesthésie. Il est probable que l'emploi des opiacés, de la morphine avant le sommeil, en rendant celui-ci plus profond, la favoriserait en la rendant plus durable. (*Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*, janvier.)

Le docteur Cluness a réussi à produire la chloroformisation chez deux enfants pendant leur sommeil. Chez une petite fille de huit ans, les cellules mastoïdiennes s'étant enflammées, à la suite d'une otite aiguë, il s'agissait de la rendre insensible pour une exploration minutieuse. Le chloroforme, versé sur un linge, fut tenu aussi près que possible de la bouche de l'enfant, pendant son sommeil, sans contact immédiat. Aucun effort ne fut fait par l'enfant pour

se soustraire à l'inhalation et, en peu d'instants, elle était plongée sous son influence.

Une petite fille de deux ans et demi fut anesthésiée de la même manière pour l'amputation d'un orteil surnuméraire à chaque pied. (*Pacific med. journal.*)

Influence anesthésique sur les impressions sexuelles des femmes. Devant un tribunal des États-Unis, un médecin, appelé comme expert, fit la déclaration suivante : « Une femme sous l'influence d'un anesthésique est plus apte à la conception que lorsque les rapports sexuels ont lieu par force; et je partage l'avis du docteur Beck, exprimé dans son *Traité de jurisprudence médicale*, à savoir : qu'une femme peut concevoir pendant l'anesthésie. Le relâchement qui se produit alors facilite la conception. »

Il est bien reconnu aujourd'hui que parfois, sous l'influence de l'éther ou du chloroforme, une excitation se produit dans les organes sexuels, et le trouble provoqué dans l'esprit par cette sensation peut faire croire à une femme qu'elle a été victime d'une violence. On se rappelle encore de ce dentiste qui fut condamné comme ayant violé une femme anesthésiée, mais dont l'innocence devint plus tard si probable que le gouvernement fut forcé, par l'opinion publique, de le gracier.

Le premier cas semblable dont je fus témoin se produisit pendant un accouchement. La femme, placée sous l'influence du chloroforme, éprouva des sensations sexuelles si vives qu'elle m'accusa de l'avoir violée et appela son mari pour qu'il vînt la protéger. Or, celui-ci se tenait auprès d'elle, et une douzaine de femmes n'avaient pas quitté la chambre.

Dans un second cas, j'administrai le chloroforme à une femme pour l'extraction d'une dent; mais la physionomie de la patiente exprima bientôt une excitation vénérienne si accentuée que je me hâtai d'appeler ses parents. Au réveil, elle parut étonnée de se trouver entourée de sa famille, et laissa clairement voir quelles avaient été ses impressions.

Une autre fois, une dame d'un certain âge, ma parente, entra dans mon cabinet, tout émue, et me raconta qu'elle venait de subir une légère opération pour laquelle elle avait été anesthésiée, et que le chirurgien avait abusé d'elle pen-

dant qu'elle était sous l'influence du chloroforme. Elle entra à cet égard dans des détails très-circonstanciés. J'étais persuadé qu'elle se trompait, et, en effet, en analysant son témoignage, je lui prouvai que les choses ne s'étaient point passées comme elle le croyait.

Il résulte de ces faits, que la prudence doit conseiller aux médecins de ne jamais administrer l'éther ou le chloroforme hors la présence de témoins. (*Eclectic medical journal of Cincinnati.*)

Anesthésie obstétricale. Elle consiste seulement dans le premier degré de l'anesthésie, soit la perte de connaissance, une sorte d'hypnotisme passager. Ainsi pratiquée par M. Campbell dans 942 cas, sans accidents, ni chez la mère ni chez l'enfant.

Étude sur la tolérance anesthésique obstétricale, par Charles James Campbell. Brochure de 55 pages in-8°, Paris.

Poussée plus loin, sans indication ou nécessité absolue, elle est d'autant plus dangereuse que le chloroforme parvient dans la circulation du sang. Ayant observé que dans plusieurs cas de chloroformisation de la mère, les enfants étaient atteints d'ictère, le docteur Zweifel a fait des recherches et a retrouvé des traces de chloroforme, non-seulement dans le placenta, mais dans l'urine même des nouveau-nés.

Dans un cas, les battements du cœur devinrent subitement moins fréquents et moins sensibles après la chloroformisation et il fallut pratiquer rapidement la délivrance pour ménager la vie. (*Berl. klin. Woch.*, mai.)

La chloroformisation, selon M. W. Playfair, aurait l'inconvénient de diminuer l'énergie des contractions et de prédisposer aux hémorrhagies si l'usage en est prolongé.

Il préfère l'emploi interne du chloral pour calmer la douleur. 4 grammes, dans une potion de 115 grammes, sont donnés par cuillerées à bouche contre les douleurs épuisantes avant la dilatation et les douleurs expulsives. (*Lancet*, février.)

Elle est au contraire le meilleur préventif de la déchirure du périnée. si commune chez les primipares, selon M. Wordsworth Poole. Il l'a prévenue ainsi chez 25 primipares, qu'il y eût application de forceps ou non. (*Idem*, juillet.)

Anesthésie faradique. *Théorie.* Rappelant les succès réels obtenus par cette méthode il y a douze à quinze ans par certains dentistes et constatés par Morel-Lavallée, M. Tripier explique les échecs de cette anesthésie locale par de mauvais appareils ou une application vicieuse. De là le discrédit et l'oubli de cette méthode. Elle peut avoir néanmoins des applications utiles et c'est pour la remettre en honneur qu'il en présente la théorie suivante :

Deux conditions président à la perception de nos sensations : l'impressionnabilité d'un nerf sur les ramifications duquel agissent toutes les influences d'origine extérieure, celle du centre cérébral qui préside à tous les phénomènes de conscience.

Toutes les tentatives pour supprimer la douleur, dans les opérations chirurgicales, se sont adressées jusqu'ici à l'une de ces deux conditions, cherchant à abolir, d'une façon plus ou moins durable, par une intoxication ou par une action physique, les aptitudes du centre nerveux ou celles des extrémités terminales des nerfs. Les inspirations de chloroforme remplissent la première de ces indications ; l'influence locale d'un froid intense a souvent été utilisée pour remplir la seconde. C'est en vue d'agir à la manière du froid, d'*engourdir* l'épanouissement périphérique des nerfs, que l'électricité d'induction a été essayée comme agent anesthésique.

Mais il n'est pas indispensable, pour avoir le bénéfice de l'anesthésie, d'abolir les fonctions de l'organe impressionné ou celles de l'organe qui perçoit la sensation ; il suffit de donner à un même nerf intact plusieurs sensations à transmettre simultanément. La transmission des diverses impressions au centre percepteur ne se faisant pas avec une égale facilité, l'action exercée sur le point le plus voisin du centre lui est seule transmise ou du moins plus rapidement et plus complétement que les autres qu'elle amoindrit ou annule. C'est ainsi que s'expliquent les douleurs spontanées dans certaines analgésies et la disparition des douleurs réflexes produites par la présence de la sonde dès qu'elle donne passage à des courants d'induction. On explique ainsi l'instantanéité de l'effet utile et sa cessation immédiate. L'action n'étant pas substitutive, des courants énergiques ne sont pas nécessaires pour la déterminer.

Il s'agit donc, dans la faradisation dentaire, d'intéresser bien isolément le nerf sans se perdre dans les tissus voisins. Il faut que la dent soit bien saisie et que le conducteur n'ait aucun contact avec les tissus voisins des alvéoles ou des gencives, car, meilleurs conducteurs que la dent, ils donnent passage au courant. C'est ainsi qu'excellente pour les dents offrant une bonne prise, l'anesthésie faradique est inapplicable ou infidèle dans le cas contraire. C'est le secret de ses insuccès et de son abandon. (*Tribune méd.*, 28 juin.)

Anesthésie locale. Elle est très-facilitée, d'après M. Girard, par l'emploi du tube élastique sur la partie à reséquer. Dans toutes les opérations sur les extrémités des membres, il suffit ainsi de comprimer la racine du doigt ou de l'orteil avec le tube élastique, et quand l'anémie est complète, de diriger un jet d'éther pulvérisé pour que l'anesthésie soit complète en un instant. En appliquant le tube sur le poignet ou autour des malléoles, on peut également obtenir l'anesthésie locale du pied ou de la main avec l'éther pulvérisé. (*Centralbl. f. chirurg.*, n° 2.)

Dans trois amputations de bras et de jambe, faites sans anesthésie avec la méthode d'Esmarch, à l'hospice général de Rouen, M. P. Hélot observa une anesthésie locale du membre. Dans la première, les muscles se rétractèrent moins qu'à l'ordinaire et l'opéré ne se plaignit nullement ; il n'y eut pas à le maintenir et il a dit avoir moins souffert de la douleur sourde causée par l'instrument tranchant que de celle qu'il éprouvait avant l'amputation. Les sutures immédiates furent indolores, mais celles qui suivirent le retour de la sensibilité furent, au contraire, très-douloureuses. (*Union méd.*, n° 83.)

Saponine. En répétant les expériences de Pélikan avec cette substance, le docteur Köhler a confirmé ses propriétés anesthésiques locales sur les grenouilles, les chiens et les lapins. Quelques gouttes d'une solution concentrée de saponine, déposées localement, suspendent l'irritabilité réflexe decette partie et paralysent les filaments nerveux, moteurs et sensitifs. Les muscles perdent ensuite leur pouvoir de contractilité à l'action des irritants chimiques, mécaniques et électriques, et cela indépendamment des nerfs. Les gros

troncs nerveux, ni les centres nerveux ne sont atteints que par des doses plus considérables, et probablement par absorption, car l'effet devient général. Au siége de l'injection, les capillaires se contractent comme les plus grands vaisseaux, la veine cave et l'aorte, quand la saponine est directement injectée à l'intérieur. Injectée dans le cœur, elle diminue graduellement ses battements de fréquence jusqu'à cessation par paralysie du grand sympathique. Appliquée sur les organes abdominaux, elle en paralyse de même les muscles et leurs nerfs. Elle paralyse aussi les centres nerveux. De la moelle épinière, les effets s'étendent à la périphérie, à la moelle allongée et au cerveau en produisant l'asphyxie, le coma et la dilatation des pupilles. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, juillet 1873.)

On voit que toutes ces expériences n'ont rien de pratique ni de praticable chez l'homme. En admettant que l'on pût conclure de la grenouille ou du lapin à l'homme, qui oserait employer un agent aussi puissant, un poison aussi nocif? Ce sont donc là des recherches purement spéculatives et qui, sous le nom de science, ne contiennent rien qui lui ressemble.

Anesthésie locale du larynx. Appliquant la méthode combinée de la morphine et du chloroforme, le docteur Schrötter badigeonne à plusieurs reprises l'arrière-gorge avec du chloroforme et, une heure après environ, avec une solution concentrée de morphine, soit 45 à 50 centigrammes dans 4 grammes d'eau, en recommandant au malade de ne pas avaler. Il le fait même gargariser avec une solution de tannin. En répétant cette manipulation deux jours de suite, l'anesthésie est complète et il a pu scarifier et cautériser une tumeur du larynx sans aucune douleur et avec une parfaite tolérance. Des épithéliomas, une tumeur fibreuse, un sarcome de la trachée ont été également enlevés sans douleur par ce procédé. (*Boston med. and surg. Journ.*, décembre 1873.)

Ces résultats montrent que l'anesthésie est complète et peut être provoquée sans danger malgré la dose élevée de morphine. Une narcose prolongée s'ensuivit pourtant dans un cas : aussi doit-on surveiller les malades tant que ce danger existe.

ANÉVRYSMES. Étiologie. A la diathèse anévrysmatique, généralement admise sans être démontrée autrement que par ses effets, M. le docteur Ponfick oppose une cause tangible et mécanique, suivant les principes de l'école allemande qui veut avoir la raison et l'explication matérielles de toutes choses, sauf à aller aussi loin dans cette voie que le vitalisme. Les extrêmes se touchent. Ayant examiné, pendant deux ans, les artères de tous les sujets morts d'endocardite à l'hôpital de la Charité de Berlin, il a rencontré des anévrysmes des petites artères dans un dixième environ des cas. Il en explique la formation par les fragments détachés des valvules altérées, désorganisées, frappées de dégénérescence calcaire ou crétacée et projetés dans le système artériel. Arrêtés à distance, ils perforent les parois des petits vaisseaux sous l'impulsion de la colonne sanguine, surtout dans les organes où ces vaisseaux n'ont qu'un tissu peu serré et résistant pour en soutenir les parois, comme dans le cerveau et le mésentère, tandis que c'est le contraire dans le rein. Les végétations valvulaires volumineuses peuvent même produire l'anévrysme cardiaque, d'après lui, en battant contre la surface interne du cœur, en l'érodant et en l'ulcérant à la longue. (*Virchow archiv*, novembre 1873.)

On comprend ce mécanisme dans certains cas exceptionnels, comme on comprend la faiblesse des parois vasculaires chez certains sujets. Mais la démonstration du premier n'est guère plus facile que la seconde.

Méthode d'Esmarch. La nouvelle méthode hémostatique, dite d'Esmarch, est à peine connue que déjà une extension importante en a été faite, montrant qu'elle peut rendre de grands services en dehors des amputations et des résections des membres auxquelles elle semblait limitée. Il s'agit de son emploi contre les anévrysmes des membres pour faciliter la ligature. Voici le fait à l'appui, communiqué par M. le docteur Valerani à l'Académie de médecine de Turin, dans la séance du 22 décembre 1873.

Une femme veuve, de Casale, âgée de quarante-cinq ans, fut admise dans son service de chirurgie, le 19 novembre, pour une tumeur. dont elle s'était aperçue un mois environ auparavant, au creux poplité de la jambe gauche. Des battements s'y faisaient sentir et allèrent en augmentant au

point qu'un sentiment de fourmillement en résulta dans tout le membre, et qu'il empêcha la liberté des mouvements.

A l'examen, la tumeur avait le volume d'un gros poing, à superficie lisse, élastique, compressible, indolente à la pression ; la peau avait la couleur et la température normales, ses battements, très-sensibles, étaient isochrones à ceux du cœur. L'auscultation y révèle un souffle diastolique distinct, surtout en haut. La compression de la fémorale fait aussitôt diminuer le volume de la tumeur et en arrête les battements. Il s'agissait donc bien évidemment d'un anévrysme spontané de l'artère poplitée. La compression digitale exercée pendant trois à quatre heures de suite, avec des intervalles de repos, n'ayant pu être continuée par l'intolérance de la malade et l'insuffisance du personnel, la ligature de la fémorale fut décidée. Elle avait été utilement préparée par cette compression antérieure, exercée pendant quelques heures, en provoquant la dilatation des vaisseaux collatéraux. L'opération fut pratiquée, le 25 novembre, au lieu d'élection, au sommet du triangle de Scarpa. Mais M. Valerani facilita le procédé opératoire en appliquant préalablement le bandage *expulsif* sur tout le membre et la compression supérieure avec le tube élastique. La ligature put être faite ainsi sur des tissus presque exsangues, facilitant la recherche du vaisseau profondément caché dans des couches de tissu adipeux. (*Gazz. delle clin.*, 30 décembre.)

Le succès ne fut pas moins remarquable dans un second cas analogue, où l'application de ce nouveau moyen fut tenté presque simultanément en Allemagne. Il s'agissait d'un anévrysme diffus, suite de blessure de la tibiale antérieure, au point où elle traverse le ligament interosseux. Tandis que le docteur Leisrink établissait le diagnostic, le stéthoscope à la main, l'anévrysme se rompit, très-probablement sous l'effort d'une pression exagérée. Immédiatement, l'appareil d'Esmarch fut appliqué sur le membre, et aussitôt l'écoulement du sang cessa complétement. « Le sac fut ouvert, les caillots enlevés et les ligatures appliquées avec une facilité très-remarquable, dit l'auteur, surtout à une si grande profondeur et dans un espace si étroit ; ce qui est, au contraire, très-difficile et laborieux sans l'aide de cet appareil nouveau, qui rend ainsi déjà les plus grands services à la chirurgie. » (*Deutsche Zeitschr. für chir.*, décembre.)

Ces faits peuvent donc encourager à étendre ce moyen dans les cas d'hémorrhagies accidentelles, veineuses ou artérielles. C'est ainsi que M. Gayet l'a appliqué dans un cas de ce genre avec le plus grand succès.

Galvanopuncture. Sur l'initiative du docteur Holmes, des modifications capitales ont été apportées en Angleterre à ce mode de traitement des anévrysmes. Pour éviter l'inflammation du sac ou du tissu cellulaire, la gangrène et l'ulcération par les aiguilles, M. Charlton Bastian, appuyé sur les expériences de Baumgarten et Wertheimer, fait communiquer le pôle positif avec le sac au moyen d'une ou de plusieurs aiguilles, et le pôle négatif avec la peau environnante au moyen d'une éponge humide. L'observation lui a démontré que la coagulation obtenue par ce procédé était plus rapide et plus sûre. L'introduction des deux pôles dans l'anévrysme distendrait inutilement le sac, favoriserait l'hémorrhagie et la production de gaz dans le système circulatoire.

Quant à l'intensité du courant et à sa durée, M. Charlton pense qu'il doit être faible et se prolonger sans interruption pendant environ une demi-heure. En agissant ainsi, les malades ne ressentent que des douleurs insignifiantes et l'on évite l'inflammation de la peau autour des piqûres.

Le choix des aiguilles est également d'une grande importance. Elles doivent être aussi fines que possible, tout en offrant cependant assez de solidité pour qu'on n'ait pas la crainte de les voir se briser pendant l'opération. Plus l'aiguille sera fine, plus la chaleur produite par le courant sera intense.

C'est en suivant cette méthode opératoire que M. Charlton Bastian est arrivé à considérer la galvanopuncture comme très-avantageuse dans le traitement de l'anévrysme de la crosse de l'aorte et autres gros vaisseaux. Sur un malade en traitement à *University College hospital*, il a obtenu un fort beau résultat. Il s'agissait d'un homme, assez avancé en âge et atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, qui depuis plusieurs années lui occasionnait de vives douleurs. Après trois galvanopunctures, en dix jours, faites en différents points de la tumeur, elle avait presque complétement disparu; les douleurs avaient cessé, sans aucun accident local, lorsque la mort survint subitement après de la dyspnée et

une fièvre intense. Des perforations s'étaient faites en dehors des piqûres, notamment à la partie postérieure de la tumeur en raison de l'extrême ténuité des parois du sac. (*British med. Journ.*, novembre 1873.)

C'est en chloroformisant préalablement le malade que M. A. Fergusson Mc Gill, démonstrateur d'anatomie à l'école de Leeds, a obtenu la disparition de la douleur et la prolongation de la vie chez une blanchisseuse de trente-cinq ans, atteinte d'un anévrysme de la sous-clavière gauche. A trois reprises différentes, à un mois d'intervalle, il appliqua la galvanopuncture après la chloroformisation, afin d'en prolonger la durée au moins pendant deux à trois heures. Il pense même qu'elle serait plus efficace si l'on pouvait la prolonger davantage avec un repos consécutif de plusieurs semaines. (*Lancet*, 4 juillet.)

Anévrysme de l'aorte. Suivant M. le docteur Douglas Powel, il reconnaîtrait fréquemment le rhumatisme articulaire aigu pour cause indirecte. Dans trois cas observés par lui, il s'était développé à la suite de l'endocardite rhumatismale ayant amené un état athéromateux de l'aorte (*Clin. Society*, janvier). C'est donc là un nouveau sujet de recherches et d'études.

Anévrysme abdominal. *Compression de l'aorte.* Au succès si brillant du docteur Murray (voy. *années* 1864 et 1872) et à celui de MM. Moxon et Durham obtenu à l'hôpital Guy, en 1872, le docteur Greenhow en ajoute un troisième obtenu à l'hôpital Middlesex, et présenté à la Société médico-chirurgicale de Londres. C'est dire que cette méthode est assez employée et efficace au delà du détroit.

Il s'agit d'un marin de vingt-huit ans, d'une bonne santé habituelle jusqu'en décembre 1868, époque présumée du début de l'anévrysme. Au moment de l'entrée à l'hôpital, il présentait dans l'abdomen, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une tumeur globuleuse, pulsatile, ayant à peu près le volume d'une grosse orange. En comprimant fortement l'aorte au-dessus de la tumeur, on arrêtait les pulsations. Le diagnostic étant confirmé et le traitement arrêté, M. Hulke entreprit d'appliquer le tourniquet. Le 25 mai, le malade étant chloroformé, on appliqua le tourniquet de

Lister entre la tumeur et l'appendice xyphoïde, et on le vissa jusqu'à ce que toute pulsation eût cessé dans la tumeur et dans les artères fémorales. Au bout de trois quarts d'heure, on l'enleva ; les mouvements d'impulsion de la tumeur étaient les mêmes, mais celle-ci paraissait plus solide.

Le 27, on fit une seconde application qui dura quatre heures avec deux petites interruptions. Les battements de l'anévrysme diminuèrent graduellement ; le 10 juin, on pouvait à peine les sentir et l'on permit au malade de se lever. Le 25 juin, les battements ayant reparu, on appliqua de nouveau le tourniquet, qui resta en place près de trois heures. Il n'y avait plus alors d'expansion latérale et la tumeur paraissait plus ferme et plus solide. Le 14 juillet, le malade était assez bien pour pouvoir retourner chez lui.

Le 20 septembre, toute pulsation avait cessé ; au-dessus de l'ombilic, à droite de la ligne médiane, on sentait une tumeur dure, un peu mobile. Il n'y avait aucun battement dans l'aorte au-dessous de l'ombilic, non plus que dans les artères fémorales, poplitées et tibiales antérieures.

Depuis, la guérison s'est maintenue.

Comme phénomènes remarquables, consécutifs à la compression, il y a une accélération du pouls et de la respiration ; des hématémèses et de l'albuminurie, annonçant des troubles dans la circulation de l'estomac et des reins ; augmentation de la tension artérielle dans la partie du corps située au-dessus du point comprimé, et un refroidissement de la partie située au-dessous. On peut conclure de ces symptômes que la distension excessive des artères, causée par le traitement, pourrait s'accompagner de danger sérieux chez les personnes atteintes de quelque affection organique, surtout d'une dégénérescence des tuniques artérielles. (*British med. Journal.*)

Anévrysme de l'iliaque externe. *Ligature de l'iliaque primitive.* Le professeur Barbosa (de Lisbonne) a exécuté cette redoutable opération sur un charpentier de soixante-deux ans, pour un volumineux anévrysme artérioso-veineux. C'était la première fois. Mais la septicémie, attribuée aux conditions défavorables de l'hôpital S. *José*, ne tarda pas à se manifester et, malgré le transport de l'opéré, au septième jour, dans une maison spéciale, il succomba le lendemain.

C'est donc surtout à placer ces opérés dans des conditions plus favorables, soit à la campagne, soit à la ville, dans des maisons particulières, que doit tendre le chirurgien. Comme pour l'ovariotomie et tous ces grands traumatismes des principaux viscères et des gros vaisseaux, il faut les soustraire à l'*hospitalism* des Anglais, c'est-à-dire l'influence nosocomiale.

C'est le quatrième cas opéré en Portugal, tous pour des anévrysmes. Aucun opéré ne guérit ; mais celui du professeur Almeida (de Porto) ne succomba à l'infection purulente, comme celui-ci, que soixante-dix jours après la ligature et quarante-quatre jours après qu'elle était tombée, la tumeur très-réduite et l'opéré considéré comme guéri ; aussi est-il porté au nombre des guérisons.

Memoria sobre a laqueacaõ da arteria iliaca primitiva, brochure de 40 pages in-8°, par le professeur Barbosa. Lisbonne, 1874.

Anévrysme poplité. *Position.* Un soldat de trente-sept ans entra à l'hôpital, le 16 décembre, pour une douleur du genou gauche. L'examen décela une tumeur dans le creux poplité, grosse comme un œuf de dinde, siége de battements visibles dans sa totalité. La compression de la fémorale les arrêtait et diminuait la grosseur. Le bruit était au contraire très-obscur.

La douleur locale ne remontant pas à plus de quinze jours, et aucun symptôme n'obligeant le chirurgien à intervenir activement, M. Tufnell soumit ce malade à sa méthode en le tenant couché étendu sur le dos, avec le membre élevé sur un oreiller, le genou légèrement fléchi, et une compresse froide constamment mouillée sur le genou. Régime sévère.

Trois jours après, la douleur était moindre, l'expansion des battements diminua dès le 22, et continua à décroître si rapidement que, le 28, la tumeur était solidifiée et sans aucun mouvement actif. Les battements avaient aussi cessé dans l'artère tibiale, au niveau du talon. La température du pied était moindre que celle du pied droit. L'absorption du caillot fibrineux du sac commença bientôt, et, le 15 janvier, le malade pouvait marcher et quittait l'hôpital, parfaitement guéri, le 2 février. (*Dublin med. Press,* décembre.)

Si tous les anévrysmes poplités ne sont pas justiciables d'un traitement si simple, cet exemple rare, sinon unique, montre au moins les cas où il peut être employé avec succès.

Traitement chez les vieillards. Sur trois cas qu'il a seulement observés dans sa longue carrière, M. Demarquay a traité le premier par la ligature de la fémorale ; le second, par la compression digitale, et ils sont morts d'hémorrhagie ou de gangrène, comme ceux de Roux et de Blandin qui ont plusieurs fois lié la fémorale chez des malades ayant plus de soixante ans. Celui de Malgaigne est mort également après la ligature, comme ceux de Velpeau, Lenoir et M. Verneuil, après la flexion de la cuisse et une injection très-faible de perchlorure de fer.

Cet anévrysme est donc d'autant plus grave que les malades sont plus âgés et M. Demarquay n'hésite pas à se prononcer pour la non-intervention chirurgicale. Aussi s'abstint-il, chez son troisième malade, âgé de soixante-neuf ans, dont la tumeur était ovoïde, grosse comme un œuf de poule, provoquant de vives douleurs locales avec teinte bleuâtre de la jambe et du pied, sensibilité obtuse, phlyctènes, chute des ongles des orteils. Lier la fémorale, c'est l'exposer à bien des douleurs, pour un résultat fâcheux presque certain, en raison de l'état athéromateux des artères et de l'imperméabilité fréquente des collatérales. Le sphacèle ou l'hémorrhagie secondaire sont presque inévitables. La flexion ne vaut pas mieux que la compression directe et elle est plus dangereuse, car, en interrompant la circulation collatérale, elle retient le sang dans la poche, qui en amène la rupture et s'infiltre dans le tissu cellulaire. La compression digitale graduée est le seul moyen curatif sans inconvénient, car on peut la suspendre si elle est douloureuse et la reprendre à volonté.

Un caleçon élastique et le repos absolu lui semblent donc plus pratiques, à cet âge et dans cette position, pour parcourir les années qui restent à vivre. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Di un aneurisma arterioso venoso traversant la paroi du crâne, etc.; mémoire lu à l'Académie des sciences de Bologne par le professeur Rizzoli. Brochure in-4° de 30 pages, avec une planche. Bologne, 1873.

Observation très-remarquable sous les rapports clinique et anatomo-pathologique d'un anévrysme cirsoïde de l'artère occipitale gauche qui, en communiquant avec la droite, formait le sac anévrysmal sous le péricrâne; puis, traversant l'occipital par un petit pertuis, il pénétrait dans le sinus transverse droit de la dure-mère en donnant ainsi lieu à un souffle intense dans toutes les parties du crâne, ce qui constituait une grande difficulté pour le diagnostic.

Il s'agissait d'une fillette de huit ans qui, après être restée exposée, la tête nue, à un soleil brûlant, sans coup ni chute antérieure, rentra étourdie, avec mal de tête, puis vomissements, convulsions et perte de connaissance. Deux accès semblables se répètent ensuite à quinze ou vingt jours d'intervalle, lorsqu'une petite tumeur occipitale apparaît. Admise le 23 avril 1873 à l'hôpital de Bologne, trois mois après le début des accidents, cette enfant offre une tumeur pulsative sous la suture lambdoïde, avec un souffle expansif s'entendant à distance, et des phénomènes paralytiques et hyperesthésiques marqués. On s'assura expérimentalement de la réalité de l'anévrysme, mais l'intensité et la généralisation du souffle et sa persistance, malgré la compression de la carotide gauche, apportaient un grand embarras dans la précision du diagnostic, lorsque la mort, survenue à la suite de nouveaux accès, un mois après, permit de s'en rendre un compte exact par l'autopsie.

Des considérations cliniques et anatomiques intéressantes résultent de ce fait curieux. Après avoir rappelé tout ce qui a été publié, depuis Morgagni, sur les anévrysmes crâniens, et cité les faits analogues au sien, l'auteur examine la valeur de l'auscultation et de la percussion pour le diagnostic. Le caractère du souffle lui paraît ainsi le meilleur signe, comme à Holmes, pour distinguer la nature des anévrysmes intra-crâniens ; un souffle clair, intermittent, peut difficilement dépendre d'une communication artérioso-veineuse, laquelle donne lieu à un murmure continu, interrompu par l'intermittence artérielle, dont la sibilance exagérée se rapproche du son d'un gémissement. Une grande érudition ressort de ce mémoire essentiellement pratique.

ANGINES. Angine diphthéritique. *Chloral.* Adoptant l'opinion de ceux qui la considèrent comme une affection

parasitaire, miasmatique et contagieuse, M. le docteur Accettella y a opposé l'usage topique de la solution suivante :

℞	Chloral	1 gramme.
	Eau distillée	5 —

Mêlez.

En badigeonnages avec un pinceau sur les muqueuses atteintes, quatre fois par jour chez les petits enfants.

Des gargarismes avec une solution de 4 grammes de chloral pour 100 d'eau sont en outre ordonnés toutes les demi-heures aux malades qui peuvent s'en servir.

Après avoir constaté, dès 1870, les bons effets de cette solution sur les ulcères syphilitiques (voy. *année* 1871), M. Accettella l'appliqua dans 49 cas de diphthérite en administrant à hautes doses les préparations de quinquina à l'intérieur, et il en a obtenu les meilleurs effets. L'action topique du chloral, légèrement caustique et sédative, facilite la cicatrisation des lésions de la muqueuse au lieu d'augmenter l'inflammation, comme le font les caustiques profonds (*Campania medica*, n° 12, 1873). C'est donc un moyen à essayer surtout depuis que son action antifermentative et antiputride est démontrée par les expériences concluantes de M. Personne. — Voy. Chloral.

Pseudo-angines. *Sulfate de quinine.* Quatre observations, recueillies par M. Marrotte, montrent des individus atteints de frissons erratiques, sueurs abondantes avec exacerbation périodique, en même temps que, comme symptôme local, il y a rougeur, gonflement, et surtout douleur de l'arrière-gorge avec sécrétion pharyngée et fièvre. La douleur de la déglutition était hors de proportion avec le gonflement. Les moyens locaux étant inefficaces, le sulfate de quinine fut administré, en raison de la forme quelque peu névralgique et rémittente des accidents. La guérison eut lieu.

En vertu de l'axiôme : *Naturam morborum ostendunt curationes*, M. Marrotte voit là une maladie nouvelle qu'il appelle *fébri-névralgie de l'isthme du gosier et du pharynx.* Mais il est assez ordinaire que des phlegmasies subaiguës prenant la forme intermittente, cèdent parfaitement au sulfate de quinine. Des grippes, des rhumes, des coryzas, et même des angines réelles, sont dans ce cas. Au lieu d'une maladie

nouvelle, c'est donc tout simplement une influence générale pouvant s'appliquer à divers états morbides communs qui les rend justiciables du sulfate de quinine. Ce qui se produit dans un pays à fièvres peut bien se présenter parfois à Paris. (*Bull. de thér.*, août, et *Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

Angine de Ludwig. C'est le *cynanche sublingualis,* ou phlegmon septique du tissu entourant les glandes sous-maxillaires, désigné sous le nom de *cellulitis* du cou par les Anglais (voy. *année* 1873). On peut donc la décrire à la suite des pseudo-angines.

Oppolzer réunit sous ce titre des formes très-variées de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané et profond du cou ; il reconnaît comme conditions étiologiques : l'influence épidémique de l'air et du froid pour la forme idiopathique, et l'action métastatique des exanthèmes, de la fièvre puerpérale.

Cette affection attaque principalement les adultes ; elle est constituée anatomiquement par l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure les glandes sous-maxillaires, et, dans certains cas, la parotide et les glandes sublinguales. L'exsudation est fibrineuse et tend à dégénérer rapidement en collection purulente, elle se propage dans les interstices celluleux du cou, peut descendre jusqu'à la clavicule, envahir tout le cou et la nuque. Les glandes sous-maxillaires, comme l'a montré Weber, ne sont pas toujours atteintes par l'inflammation, mais celle-ci se propage facilement aux muqueuses buccale, pharyngée et laryngée.

La maladie commence par des symptômes de pyrexie, et bientôt surviennent des phénomènes locaux, tels que le gonflement du cou, la gène de la déglutition, de la parole et de la mastication, la douleur dans la gorge, puis la tuméfaction rapidement progressante des régions sous-maxillaires parotidiennes et sus-hyoïdiennes, et envahissant la région sous-hyoïdienne, comprimant la trachée, descendant jusqu'au sternum. La langue est refoulée vers le voile du palais, la bouche est tuméfiée, la voix, la déglutition, ne peuvent plus s'effectuer, la dyspnée est considérable, elle est exagérée par l'extension de la tuméfaction autour de la trachée et par l'œdème de la glotte concomitant. La termi-

naison se fait par suppuration, et l'amélioration suit rapidement l'issue du pus; il y a quelquefois résolution, mais quelquefois il se produit une fonte gangréneuse, la peau se ramollit, l'ulcère se mortifie, et l'on sent sous le doigt de la crépitation gazeuse; il se produit alors une suppuration sanieuse, fétide, et les troubles d'une septicémie aiguë; le malade succombe dans une agonie terrible avec des accès de dyspnée, le délire, le coma, les symptômes de l'œdème du poumon; la marche est presque toujours aiguë. L'angine de Ludwig dure de dix à vingt jours; la forme gangréneuse est presque fatalement mortelle.

Oppolzer conseille comme traitement, au début, les applications locales d'eau froide, puis les fomentations chaudes, lorsque le malade ne supporte plus le froid; si la résolution ne se produit pas, il applique des sangsues; cette saignée locale produit d'excellents résultats. Mais si cette médication échoue, si la tuméfaction s'exagère, il faut scarifier largement, et lorsque la dyspnée est menaçante, on aura recours à la trachéotomie. Sitôt que le pus semble collecté, il faut lui donner une large issue.

Telle est, en résumé, l'histoire clinique de l'angine de Ludwig, suivant Oppolzer. L'expérience si considérable du regretté professeur dispense de discuter la valeur des indications cliniques; mais, à la lecture de ce résumé, on se demande s'il était nécessaire de donner un nom spécial à une affection qui, en définitive, n'est autre que le phlegmon diffus de la région sus-hyoïdienne étendu au tissu cellulaire de la région cervicale. Il n'y a aucun inconvénient à donner le nom de Ludwig à un phlegmon régional, car c'est appeler l'attention sur une maladie très-grave, reconnaissant des origines diverses. Cette affection est assez fréquente et réclame une intervention chirurgicale énergique, basée sur les indications générales du traitement du phlegmon diffus; et sans nul doute c'est à ce point de vue que les praticiens l'ont soignée, ignorant le plus souvent qu'on peut l'appeler d'un nom particulier : l'*angine de Ludwig*. (*Gaz. hebdom.*) — Voy. PHLEGMON.

ANGIOLEUCITE PULMONAIRE GÉNÉRALISÉE. M. le docteur M. Raynaud donne ce nouveau nom à une altération anatomo-pathologique paraissant procéder du

cancer, et jusqu'ici peu observée. MM. Andral et Cruveilhier en ont seuls rapporté des exemples. E. Wagner, en Allemagne, et le docteur Moxon, en Angleterre, en ont tout récemment cité quelques autres : tel est son historique.

Le trait frappant des poumons présentant cette altération, c'est leur volume considérable. Ils semblent à l'étroit dans la cage thoracique et recouvrent totalement le cœur. Posés sur la table d'autopsie, ils ne s'affaissent pas et ressemblent à des poumons emphysémateux, quoiqu'ils ne le soient point. On ne trouve ni liquide dans la plèvre, ni adhérences, ni fausses membranes à leur surface. Leur couleur est à peu près normale : la teinte rosée, plus prononcée que d'habitude, est interrompue çà et là par des taches pigmentaires. Une consistance pâteuse, demi-élastique, gardant l'impression du doigt, indique un certain degré d'œdème ; la crépitation est normale presque partout. Les points congestionnés et les parties les plus déclives en sont seuls privés.

La lésion caractéristique est dans le système lymphatique formant un élégant réseau de lignes blanchâtres sur toute la surface pulmonaire et tranchant par leur couleur sur le fond rosé. On dirait une injection admirablement réussie des lymphatiques, circonscrivant très-nettement les lobules du poumon dans des mailles inégalement serrées. Ces traînées blanches existent même sur la face externe des lobules, toujours sous la forme polygonale. Leur grosseur varie depuis un trait linéaire jusqu'à plus de 2 millimètres. De nombreuses varicosités et des dilatations ampullaires existent sur leur trajet.

L'originalité de cette lésion, c'est qu'elle ne s'observe pas seulement à la surface, comme on la rencontre parfois au voisinage de foyers tuberculeux. La profondeur du parenchyme en est complétement envahie. Toute coupe nette de l'organe montre en quelque point que ce soit des lymphatiques dilatés par centaines. Faite parallèlement à la surface, elle montre de même les lobules régulièrement et nettement enchâssés dans ces tractus lymphatiques dont les divisions laissent suinter en gouttelettes un liquide blanchâtre crémeux, et qui par la pression sort mélangé à la sérosité spumeuse des alvéoles. Faite dans d'autres sens,

cette coupe montre une multitude de petits points blanchâtres ressemblant à des granulations tuberculeuses. La confusion a pu même être faite, mais au lieu de la résistance caractéristique de la saillie de celles-ci et de leur disparition par le raclage, on observe le contraire. La pression, en faisant sortir un petit cylindre blanchâtre analogue à celui d'une glande sébacée du nez, suffit à lever tous les doutes.

Outre la turgescence remarquable des lymphatiques, on observe, sur nombre de points, un épaississement notable des espaces interlobulaires dû à l'hyperplasie du tissu conjonctif. Les lobules qu'ils encadrent sont d'une teinte rosée ordinairement, parfois d'un rouge vif ou brunâtre, et comme atteints de pneumonie lobulaire. Isolés et mis dans l'eau, quelques-uns vont au fond. L'état fœtal ni aucune lésion semblable ne s'observe.

Au microscope, on découvre dans les cylindres des leucocytes très-reconnaissables, en voie de segmentation pour la plupart, et de grosses cellules nageant dans le liquide. On trouve surtout celles-ci en contact immédiat avec la paroi interne du vaisseau provenant manifestement de l'endothélium. Ce sont, au contraire, des leucocytes qui sont au centre avec un commencement de dégénérescence caséeuse. Le parenchyme pulmonaire entourant ces vaisseaux présente des noyaux de nouvelle formation et les cellules bien connues de la pneumonie catarrhale.

Cette altération s'est rencontrée sur un homme de trente-cinq ans qui, ayant eu beaucoup à souffrir pendant la guerre de 1871, mourut à l'hôpital Saint-Antoine, le 21 octobre 1872. Une bronchite contractée alors n'avait jamais disparu; trois semaines avant sa mort, des vomissements incoërcibles apparurent joints à une toux continuelle. La sonorité était parfaite et l'on ne percevait que quelques râles fins dans le poumon gauche. La température ne dépassa jamais 38 degrés. L'expectoration était muqueuse sans la moindre hémoptysie.

Outre les lésions précédentes, l'autopsie révéla un seul ganglion bronchique diffluent, gros comme une aveline. Sauf quelques autres de consistance caséeuse et de couleur jaune, la plupart étaient normaux ; ceux de l'aisselle et de l'aine étaient sains. La plèvre pariétale était saine sans

traînées lymphatiques. Le canal thoracique était gorgé de lymphe normale avec des loges volumineuses dans la citerne de Pecquet. Il n'y avait ni tumeur, ni cause de compression jusqu'à son embouchure dans la sous-clavière. Mais une tumeur de nature cancéreuse fut trouvée dans l'estomac, et qui paraît donner la raison étiologique de cette singulière affection. — Voy. CANCER.

Dans le cas observé par le docteur Moxon, le poumon gauche était seul atteint d'angioleucite généralisée. Il s'agissait d'une jeune fille entrée mourante à l'hôpital avec tous les signes d'une bronchite capillaire, la poitrine pleine de râles bruyants. Le poumon droit, envahi par une pneumonie interstitielle chronique, adhérait à la plèvre. Le gauche était libre, au contraire, et couvert d'un réseau superficiel de lignes jaunâtres formées par les lymphatiques et qui se retrouvaient sur la plèvre pariétale ressemblant à une belle injection. Une coupe du poumon montra des lignes semblables dessinant les espaces interlobulaires, et dont la pression faisait sourdre un liquide purulent. Les ganglions bronchiques étaient en partie caséeux, en partie calcifiés.

Un fait observé par M. Féréol sur une jeune femme enceinte, a présenté des lésions tellement semblables, qu'on dirait cette observation calquée sur la précédente. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, n°s 35 et 36.)

M. Hillairet a rappelé à cette occasion une observation analogue recueillie en 1847, dans le service clinique de M. Bouillaud, à la Charité, sur une couturière de trente-cinq ans. C'était un cancer de l'estomac avec infiltration de matière cancéreuse des lymphatiques pulmonaires dans un cas, et mésentériques dans un autre. (*Union méd.*, n°s 53 et 54.)

Est-ce là une affection essentielle, idiopathique, ou n'est-elle que la conséquence du cancer? C'est surtout à élucider ce point que les observateurs devront s'appliquer.

Réunissant tous les documents épars sur la question, dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris, le 29 mars 1874, M. le docteur Troisier admet quatre autres espèces de lymphangites, qu'il appelle *adénomateuse*, *tuberculeuse*, *simple* et *purulente*, selon la cause qui paraît y donner lieu. Mais ce n'est guère là qu'une simple classification d'une richesse plus apparente que réelle. La cause réelle n'est pas démon-

trée dans tous ces cas, et quand elle l'est, comme le cancer, le tubercule, elle domine tellement la lymphangite, que celle-ci n'est plus qu'une simple complication qui n'a guère d'intérêt qu'au point de vue anatomique.

Lymphangite pulmonaire syphilitique. L'observation recueillie par M. Cornil justifie toutes les réserves précédentes. Chez une femme traitée à la Charité comme chloro-anémique et hystérique, avec étouffements et vomissements, et qui niait tout antécédent syphilitique, une dyspnée considérable étant survenue subitement et ayant déterminé la mort, on trouva, à l'autopsie, des gommes du foie et de l'estomac avec inflammation syphilitique de plusieurs ganglions, alors que les poumons présentaient tous les signes d'une angioleucite généralisée. Les lymphatiques superficiels formaient des cordons noueux de 1 à 2 millimètres de diamètre, dessinant les lobules pulmonaires et remplis d'une substance opaque d'un gris-jaunâtre comme du pus caséeux. Des incisions montraient la même altération dans la profondeur de l'organe. L'examen histologique montra des cellules endothéliales tuméfiées et disposées en couches concentriques autour de la paroi avec des cellules lymphatiques granuleuses dans l'intérieur. Les ganglions bronchiques et mésentériques étaient aussi formés de ces cellules endothéliales avec identité des caractères de l'inflammation et de ses produits. (*Soc. méd. des hôp.*, mai, et *Union méd.*, n° 81.)

Il n'y a donc rien de spécial ni de spécifique dans ces lésions, car elles se retrouvent dans les inflammations simples pleuro- et broncho-pulmonaires. Elles sont seulement moins perceptibles et c'est tout.

Lymphangite cancéreuse. C'est sous ce nom que M. Debove a étudié l'angioleucite du poumon et de la plèvre consécutives aux carcinômes du sein. Il a trouvé ainsi, à la surface de ces organes, de nombreux nodules de grandeur variable, à forme étoilée, avec des prolongements s'anastomosant ensemble et suivant toujours des traînées conjonctives interlobaires, parallèles au réseau lymphatique. Canalisés en certains points, ces prolongements sont tapissés de grosses cellules avec un liquide lymphoïde au centre; ailleurs, le canal est oblitéré par ces éléments. D'où il semble que ces

lésions se sont formées sur place aux dépens de l'épithélium lymphatique plutôt que par l'expansion de la tumeur primitive. Le titre serait ainsi justifié.

Des lésions identiques ont été rencontrées sur le diaphragme. (*Progrès méd.*, n° 6.)

Il y a d'autant moins à voir rien de spécial dans cette dissémination que M. Lépine l'a constatée sur la plèvre par propagation du cancer du sein (voy. *ce mot*). C'est donc là une altération simple de continuité.

APOMORPHINE. Ce nouveau médicament paraît devoir entrer de plus en plus dans la pratique thérapeutique. Plusieurs travaux originaux, des recherches expérimentales et deux thèses soutenues à la Faculté de Paris cette année par MM. Bourgeois et Routy, en consacrent l'emploi et les avantages. On sait que c'est la morphine transformée. — Voy. *année* 1872.

Ses avantages sont d'agir à la faible dose de 1 centigramme administré par la voie gastrique ou en injections hypodermiques, de provoquer le vomissement en quelques minutes sans qu'il soit suivi de la dépression, de l'adynamie qui suivent l'administration de l'émétique. Il résulte même des expériences comparatives de M. Chouppe qu'elle agit, ainsi que le tartre stibié, aussi bien sur le système nerveux central que sur la muqueuse gastrique, car les vomissements surviennent aussi bien après la section des pneumogastriques que dans l'état normal.

C'est chez les enfants que l'on trouve le plus d'indications à l'emploi de l'apomorphine ; mais c'est chez eux aussi qu'il faut agir avec le plus de prudence, car on observe de fréquents collapsus. Il faudrait ainsi employer, d'après le docteur E. Hartnack, non pas 3 ou 4 milligrammes, mais 1 milligramme seulement. (*Archiv für experim. pathol. und pharm.*, juin.)

Une condition absolue est pourtant indispensable dans son emploi, c'est sa pureté et sa préparation récente, car elle s'altère très-rapidement. Les solutions dont on se sert doivent être préparées extemporanément, car elles deviennent bientôt inertes, sinon nuisibles. De ce que le vomissement ne se produit pas, des accidents formidables en sont résultés dans plusieurs cas, comme pâleur de la face, agi-

tation des membres, troubles de la vue, petitesse du pouls, sueurs profuses, somnolence. On peut toujours les éviter par l'emploi de solutions préparées au moment de s'en servir.

Ce nouveau vomitif peut donc trouver des indications dans la thérapeutique infantile, certains empoisonnements, chez les aliénés, dans les indigestions graves, par sa rapidité d'action et son emploi facile. (*Union méd.*, n° 118.)

A dose faible et réfractée, M. Jurasz l'a trouvée expectorante et d'une grande efficacité dans les phlegmasies bronchiques, sous la forme suivante :

℞ Chlorhydrate d'apomorphine	1 à 3	centigrammes.
Eau distillée	120	grammes.
Acide chlorhydrique	5	gouttes.
Sirop simple	30	grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

A cette dose, de légères nausées s'observent dès la première cuillerée sans que le vomissement survienne. Elles diminuent ensuite, et les mucosités, en se dissipant, se détachent avec facilité.

ANUS IMPERFORÉ. *Résection du coccyx.* A l'appui de cette modification opératoire introduite par M. le professeur Verneuil (voy. *année* 1873), le docteur Houdet relate un cas où il l'a employée avec succès. Il décrit ainsi l'opération : L'enfant couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin et maintenues écartées, la région périnéale tendue latéralement, je divisai d'abord, à l'aide d'une sonde cannelée introduite dans l'infundibulum, le pli de la peau formant relief, puis l'incision cutanée fut reprise du milieu du périnée jusqu'au coccyx. Les couches celluleuses furent divisées avec beaucoup de précaution sans m'écarter de la ligne médiane, mais la saillie du coccyx limitant alors le champ d'exploration en profondeur, je le divisai en son milieu dans une longueur de 1 centimètre. L'écartement en résultant rendit la dissection des couches profondes beaucoup plus facile. Parvenu à 3 à 4 centimètres de profondeur, je vis apparaître un point bleuâtre que les cris et les poussées de l'enfant, aidés par la dissection, firent grossir rapidement. J'ouvris largement l'ampoule d'où le méconium sortit à flots. Après son évacuation complète, les bords de

l'intestin furent successivement saisis par une forte pince et réunis aux lèvres de la plaie cutanée par sept points de suture. La cicatrisation s'est effectuée promptement et, quatre mois après, la petite fille jouissait de la plus belle santé. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin.)

Le docteur Kocher a appliqué ce procédé à l'extirpation du rectum dans le cas de carcinôme et en a obtenu les meilleurs résultats. — Voy. Rectum.

AORTE. *Phénomènes électro-moteurs des parois après la mort.* Des expériences de M. le docteur Meynott-Tidy, relatées à la Société médicale d'Islington, il résulte :

1° Que l'aorte divisée en portions du volume d'une pièce d'un franc et placées de manière que la paroi interne de l'une corresponde à la paroi interne de l'autre, les deux extrémités étant mises en rapport avec un galvanomètre sensible, il se produit un courant galvanique très-apparent entre ces parties.

2° Ordinairement cette action dure pendant trois heures et demie à quatre heures après la mort, et cette durée est presque constante chez tous les animaux.

3° Cette durée est moindre après quelques maladies, comme la phthisie et les autres maladies cachectiques, et dans la fièvre typhoïde.

4° Elle est considérablement augmentée, au contraire, chez les animaux empoisonnés avec l'aconit, au point de durer pendant sept à huit heures après la mort.

On comprend que si ces résultats nouveaux et curieux se confirment, ce procédé sera d'une grande importance en médecine légale pour apprécier le temps qui s'est écoulé depuis la mort. Le docteur Tidy n'a pas donné malheureusement d'autres détails sur les moyens de répéter ces expériences ni sur les curieux phénomènes qu'il a observés. (*Lancet*, janvier.)

Nouveau signe de sa rupture. Un homme de trente-deux ans fut admis à l'hôpital Whitworth de Dublin, le 4 février dernier, pour une excessive douleur du côté droit de l'épigastre qui était survenue subitement, en pleine santé et sans cause appréciable. Tous les calmants *intus et extra* ne purent la calmer, et le docteur Gordon, après avoir éliminé

la rupture de la plèvre ou une pleurésie diaphragmatique, la rupture des viscères abdominaux, la péricardite et la péritonite, en raison du collapsus du patient, du pouls petit et fréquent, ne savait trop à quoi s'en tenir. L'acuité de la douleur empêchait tout repos et sommeil; jour et nuit, le malade allait et venait, penché en avant, et tenant ses mains appliquées sur le siége de la douleur.

Après plusieurs jours de cet unique symptôme, la toux survint, puis une expectoration sanguinolente qui augmenta graduellement avec la dyspnée et amena la mort le 27.

L'autopsie montra, comme unique lésion, une rupture de l'aorte immédiatement au-dessus de l'un des sinus de Valsalva passant en bas, derrière la valvule, et s'ouvrant dans le ventricule gauche. Les traces d'apoplexie pulmonaire n'étaient que consécutives. (*Dublin pathol. Soc.*, 28 février.)

Dilatation. Un signe nouveau de cette ectasie à la partie supérieure de ce vaisseau est signalé par M. Alb. Faure, interne des hôpitaux : c'est le soulèvement de l'artère sous-clavière. Fondé sur six observations cliniques, dont trois suivies d'autopsie, il a noté de chaque côté du cou, à chaque systole, un soulèvement de la peau qui s'affaisse aussitôt comme mue par la détente d'un ressort, sans que la compression sur la première côte empêche ce mouvement; c'est que ce gros vaisseau est déplacé, soulevé plus ou moins. Il est ainsi plus superficiel et rendu trop long pour son trajet, d'où ses sinuosités et les battements observés. L'appréciation de leur étendue, de leur présence à droite ou des deux côtés, peut donner des indications précieuses sur la forme et le volume de la dilatation. Les douleurs accusées à la partie antéro-supérieure du thorax et dans les membres supérieurs peuvent même être attribuées à la compression et à l'excitation des dernières branches du plexus brachial, battu par l'artère soulevée. (*Arch. de méd.*, janvier.)

APHASIE. Chaque année, des faits flagrants viennent contredire la cause locale de cette perte du langage parlé. Le débat reste donc pendant sur le siége cérébral de la parole. Deux nouveaux faits, observés presque simultanément à l'hôpital Saint-Thomas (de Londres), viennent de nouveau le mettre en question.

Il s'agit de deux fractures du crâne par un coup de pied de cheval à la face, l'une chez une fille de neuf ans, admise le 1er avril avec une fracture comminutive du frontal du côté droit, juste au-dessus de l'angle externe. L'autre chez un garçon de douze ans, entré le 28 juillet avec une fracture de l'arc sus-orbitaire gauche du frontal et une plaie de la paupière et de la joue. La pupille était dilatée et insensible à la lumière. Les deux blessés étaient également conscients et parlaient facilement. Des convulsions survinrent avec délire, et le garçon ne perdit l'usage de la parole qu'après une semaine, comme un résultat du trouble général des fonctions cérébrales.

L'autopsie montra, entre autres lésions multiples, qu'un abcès, du volume d'une noisette, correspondait à la troisième circonvolution frontale de Broca. Des lésions analogues furent rencontrées du côté opposé dans le second cas. Comment dès lors reconnaître et localiser le siége de la parole d'après ces exemples contradictoires? (*Lancet*, n° 13, septembre.)

La destruction du lobe frontal gauche, sans troubles de la parole ni de l'intelligence, chez une autre fille de onze ans (voy. Abcès), rend ces observations d'autant plus intéressantes et comparables.

ARGYRIE. Intoxication plus ou moins profonde par les sels d'argent. La coloration bronzée de la peau, comme dans la maladie d'Addison, résultant de l'emploi thérapeutique de l'azotate d'argent, en particulier contre la paralysie générale, a vivement excité l'attention des physiologistes pour découvrir cette action singulière, et comme il est de mode de faire des expériences sur les animaux, on les a mis libéralement à contribution. Tout récemment, M. le professeur Rouget (de Montpellier) y a soumis les animaux les plus différents, depuis le têtard et la larve de salamandre jusqu'au chat et au chien, et M. Huet a nourri des rats pendant des mois entiers jusqu'à plus d'une année avec de la mie de pain et du sucre saupoudré de nitrate d'argent. Ces résultats doivent donc être concluants.

Or, tandis que l'hyposulfite d'argent, à la dose de 2 centigrammes, injecté dans les vaisseaux, suffit à donner la mort à un chien en vingt minutes, de bien plus hautes

doses, absorbées par le tissu cellulaire, n'ont pu en produire autant. Ce fait est donc d'accord avec ce qui se passe chez l'homme; mais, au contraire, aucune coloration du tégument externe n'est survenue chez les rats nourris par M. Huet, comme MM. Charcot et Vulpian l'avaient déjà constaté chez le chien. La différence est donc aussi considérable sous ce dernier rapport que l'analogie était frappante dans le premier. Ne résulte-t-elle pas des différences mêmes de la peau de l'homme et de celle du rat et du chien? Au contraire, il a constaté des dépôts considérables d'argent réduit sous forme de granulations dans le péritoine s'insérant au duodénum et au hile de la rate, et surtout dans ce dernier organe, dans les ganglions lymphatiques et dans le foie ainsi que les villosités de l'intestin.

L'action toxique de l'hyposulfite s'est manifestée par des vomissements et des évacuations, de la faiblesse musculaire avec convulsions et contracture, l'abolition de la sensibilité, la contracture des poumons, l'hypersécrétion bronchique, l'œdème et la congestion pulmonaire générale, alors que le cœur persistait à battre et que le sang ne présentait aucune altération.

Il s'ensuit donc que les préparations d'argent portent primitivement leur action sur le système nerveux et non sur le sang, comme quelques auteurs l'ont exprimé; ce qui s'accorde d'ailleurs avec les résultats de leur emploi dans la paralysie générale. (*Archiv. de phys.* et *Journ. de l'anatom.*, de Robin, 1873.)

Cette coloration ardoisée, bleuâtre, a été rencontrée par M. Duguet, principalement au voile du palais, au pharynx, à la face et à toute la partie supérieure du corps, chez une femme dont la gorge avait été cautérisée, trois ans auparavant, avec le nitrate d'argent par un herboriste de Pantin. Elle-même s'était constamment cautérisée depuis et avalait ainsi chaque fois une certaine quantité de nitrate d'argent avec les produits de la desquamation. Le liséré gingival manquait ainsi que la coloration des ongles. (*Soc. de biol.*, juin.)

ARSENIC. *Liqueur de Fowler.* Prescrite à une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte d'un eczéma rebelle avec des démangeaisons insupportables, à la dose de 15 gouttes matin et soir, soit 15 milligrammes, elle provoqua quelques

maux d'estomac et des douleurs dans le dos. Portée à 20 milligrammes 1/2 par jour, soit 45 gouttes, pendant la seconde quinzaine, elle augmenta les maux d'estomac avec quelques vomissements; mais, en élevant la dose à 60 gouttes la troisième quinzaine, suivant l'ordonnance, ces derniers accidents furent tels qu'il fallut y renoncer. Tout traitement fut cessé, malgré l'état stationnaire de l'eczéma, qui guérit spontanément peu après.

Mais ces énormes doses d'acide arsénieux avaient été emmagasinées, et une véritable paralysie des jambes, des mains et même de la langue se manifesta cinq semaines après la cessation de la liqueur arsenicale. La présence de l'arsenic dans l'urine ayant été constatée par M. Lamouski, pharmacien, à l'aide de l'appareil de Marsh, M. le docteur Gaillard prescrivit la tisane nitrée avec deux cuillerées à café par jour de sirop de sulfate de strychnine, frictions térébenthinées et camphrées, faradisation et toniques. Sept jours après, l'arsenic se retrouvait encore dans les urines, mais elles n'en contenaient plus le quatorzième, et un mieux sensible se manifestait au vingtième jour du traitement. La paralysie disparut après six semaines.

Le danger de l'emploi continu et prolongé d'aussi hautes doses est démontré dans toute son évidence par ce fait : les accidents immédiats et consécutifs. Un autre enseignement en ressort : c'est l'accumulation de l'arsenic dans l'organisme et sa persistance pendant cinquante jours environ. Il y a là un empoisonnement chronique qui doit être en rapport avec la proportion des sécrétions destinées à l'élimination du poison et qu'il est des plus importants de surveiller. On n'est donc plus en droit d'affirmer en médecine légale que l'arsenic trouvé dans les urines a été absorbé depuis moins d'un mois, comme cela a été généralement adopté.

En raison de l'analogie des effets toxiques de l'antimoine et du phosphore avec ceux de l'arsenic, M. Roucher, en faisant un *Rapport* sur l'action antidotique de l'essence de térébenthine contre ce dernier, se demande si cet hydrocarbure ne serait pas également le contre-poison de l'antimoine comme de l'arsenic et surtout de l'hydrogène arsénié. Il y a donc là de nouvelles recherches à entreprendre à ce sujet. (*Ann. d'hyg. publique*, octobre.)

Arséniate d'antimoine. Introduit dans la thérapeutique de certaines affections du cœur et de la poitrine, par M. le docteur Papillaud, ce sel a été considéré comme un simple mélange par plusieurs chimistes (voy. *année* 1870). Une analyse faite au laboratoire de l'École de médecine par le chef des travaux chimiques et déposée à l'Académie de médecine au mois d'août 1871, suivant le désir qu'elle en avait exprimé, répond péremptoirement à cette allégation. Au lieu de la composition instable qu'on lui prêtait, l'arséniate d'antimoine possède une composition constante, dont la formule est celle de l'arséniate normal.

On le prépare par la réaction à chaud ou à froid de l'arséniate de soude en excès sur le chlorure d'antimoine. On chauffe pour expulser l'acide chlorhydrique formé et on lave par décantation jusqu'à ce que les eaux ne donnent plus de précipité par l'azotate d'argent. On filtre et l'on sèche. Le produit se présente alors sous la forme d'une poudre amorphe, insipide, insoluble dans l'eau et les acides faibles. L'acide azotique ne le décompose que difficilement à chaud, tandis que l'acide chlorhydrique le dissout facilement à froid. Il ne subit pas d'altération, même à une chaleur de 150 degrés.

L'emploi fréquent et répandu de cette préparation, surtout contre l'asthme et les maladies du cœur, permet d'espérer que son action sera bientôt aussi sévèrement analysée et connue que sa composition.

ARTÈRES. *Classification d'après leurs fonctions.* Malgré les nombreuses anomalies artérielles, M. William Nunn, se fondant principalement sur l'ouvrage du professeur Quain, classe les artères des membres en *segmentaires*, *transsegmentaires* et *anastomotiques.* Les premières sont celles qui se divisent du tronc principal ou commun comme l'iliaque interne, la fémorale profonde, la péronière et la plantaire externe, au membre inférieur ; au membre supérieur, l'axe thyréoïdien, l'axe thoracique, la sous-scapulaire, la circonflexe postérieure, l'humérale profonde et la collatérale interne, le tronc interosseux et les arcades palmaires. Il les appelle segmentaires parce qu'en se séparant du tronc principal, elles sont exclusivement destinées à la nutrition et la calorification du segment le plus proche du membre,

disposées de façon à diviser le sang, à le livrer avec une vitesse diminuée au système capillaire et à lui permettre de céder une partie de sa chaleur aux tissus du segment.

Les artères transsegmentaires sont le vaisseau principal de chaque membre, ne se divisant pas et transmettant directement le sang aux segments les plus éloignés de ce membre. Cette artère de transmission est disposée de façon à satisfaire aux conditions hydrauliques d'un parcours rapide du sang, lui conservant ainsi sa température initiale. Ce sont, pour les membres supérieurs, l'iliaque externe avec la fémorale commune, la fémorale superficielle avec la poplitée, la tibiale postérieure et la plantaire interne ; pour les membres postérieurs, la seconde et la troisième portion de la sous-clavière, la portion de l'axillaire au-dessous de l'axe thoracique, la brachiale au-dessous de l'origine de la collatérale interne, la radiale, la cubitale propre après l'origine du tronc interosseux et la palmaire superficielle.

Quant aux artères anastomotiques ou communicantes, ce sont toutes les autres qui servent à maintenir une alimentation continue, à assurer un effet uniforme au milieu de conditions variables. Il serait inutile de les énumérer, car elles varient encore plus que les autres.

Cette nouvelle division, quoique embarrassée de détails, d'exceptions, d'anomalies, a l'avantage de mettre un certain ordre anatomique et physiologique dans cet inextricable réseau artériel dans lequel il est impossible de se reconnaître au premier abord. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, janvier.)

ARTHRITE. Arthrite du larynx. *Aphonie.* Affection plutôt soupçonnée, entrevue, que démontrée. Chomel en a rapporté une observation très-incomplète. C'est un rhumatisme musculaire des thyréo-aryténoïdiens bien connu depuis l'emploi du laryngoscope et qui se présente assez fréquemment. Mais Requin pressentait cette arthrite laryngienne et regrettait de n'avoir pas étudié suffisamment les cas de rhumatisme avec aphonie, laquelle est l'indice de cette localisation.

Un exemple concluant en a été observé et recueilli à l'hôpital de Strasbourg, dans le service de M. Schutzemberger,

par M. le docteur Desbrousses, qui l'a consigné dans sa thèse (*Consid. sur quelques points du rhumatisme articul. aigu*; Strasbourg, 1861). Il s'agit d'une femme qui entra avec fièvre intense et gonflement de toutes les grandes articulations, avec aphonie accompagnée de douleur laryngienne. Malgré leur diminution assez rapide, la malade succomba à une péricardite, vingt jours après son entrée, et l'autopsie montra les deux cartilages aryténoïdes à nu sans nécrose et un liquide séreux rougeâtre dans l'articulation crico-aryténoïdienne gauche.

La réalité de cette arthrite est ainsi mise hors de doute; mais il n'en existait pas d'autre observation dans la science lorsque l'attention de M. le docteur Libermann, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou, a été fixée à ce sujet par le fait suivant :

Un soldat du 39e de ligne, âgé de vingt-six ans, de constitution et de tempérament mixtes, sans autres antécédents qu'une angine simple et des douleurs rhumatismales récentes, contracte une blennorrhagie le 28 avril 1873. Après une marche subaiguë, l'écoulement se supprime brusquement le 15 mai et des douleurs dans les articulations scapulo-humérales et fémoro-tibiales, sans gonflement, le remplacent immédiatement et sont suivies, trois à quatre jours après, de douleurs vives dans la région du larynx avec aphonie complète.

Il est sans fièvre à l'examen et les douleurs ont cessé avec l'apparition de l'aphonie; mais une douleur très-vive existe dans la région laryngienne gauche qui augmente à la pression du cartilage thyroïde. La voix est enrouée, presque aphone. L'examen laryngoscopique révèle une tuméfaction notable du cartilage aryténoïde gauche, surtout vers son articulation qui présente un renflement globuleux très-considérable donnant la sensation nette de fluctuation avec la sonde. La rougeur est limitée à la muqueuse recouvrant l'aryténoïde. La corde vocale gauche est aussi plus étroite que la droite et reste immobile à la prononciation de l'*e*.

Aucune diathèse ne se révélant chez ce malade, on ne pouvait penser à une chondrite ou une périchondrite syphilitique, scrofuleuse ni tuberculeuse, dont le début est moins rapide et dont la guérison est lente. Une inflammation simple n'est jamais aussi étroitement limitée, surtout avec

la tuméfaction considérable existante. Une arthrite crico-aryténoïdienne fut donc diagnostiquée, probablement de nature blennorrhagique en raison de la suppression de l'écoulement, et que l'issue confirma. Des vésicatoires *loco dolenti* et des badigeonnages quotidiens de teinture d'opium et d'iode, à parties égales, faits sur l'articulation avec le porte-éponge laryngien, suffirent, en quelques jours, à faire cesser les douleurs et le gonflement; la voix revint et le malade sortit guéri le 30 juin. Le cartilage aryténoïde et l'articulation crico-aryténoïdienne gauche étaient parfaitement revenus à l'état normal; la corde vocale seule était encore légèrement hypertrophiée.

Quelle que soit la nature de cette arthrite laryngienne, ce fait confirme donc sa réalité. Ses signes cliniques sont, autant qu'on peut en juger par les observations précédentes, une vive douleur dans la région du larynx et qui peut être augmentée par la pression externe; la rougeur et la tuméfaction circonscrites de la muqueuse autour de l'articulation; une sensation de fluctuation assez perceptible, mais surtout la dyspnée et l'aphonie. Ces symptômes, lorsqu'ils coïncident avec un rhumatisme articulaire généralisé, doivent appeler l'attention des observateurs et les engager à vérifier, par le laryngoscope, s'il existe une arthrite laryngienne pour mieux établir l'histoire de cette affection peu connue et procurer du soulagement aux malades. (*Soc. méd. des hôpit.*, novembre, et *Union méd.*, n°s 151 et 153, 1873.)

Arthrite blennorrhagique. Ce titre est préférable à celui de rhumatisme sur lequel on a fait tant de bruit à la Société médicale des hôpitaux (voy. *années* 1866 et 1867; il ne préjuge rien. A propos d'un nouveau cas observé à la clinique de la Charité chez un garçon boucher, M. le professeur Sée a fait les remarques suivantes : arthrites multiples depuis deux mois sans fièvre ni absolument rien d'anormal au cœur. Comme antécédents, blennorrhagie il y a cinq mois, lorsque, après trois mois de durée, elle tomba dans le genou.

Pour M. Sée, l'absence de fièvre avec polyarthrite, sans lésions cardiaques et le défaut de récidive de l'arthrite, sont les signes distinctifs de cette forme de rhumatisme. Appelé chez une femme pour un prétendu rhumatisme, il trouva

les coudes et les genoux pris, sans fièvre. Il ne tarda pas à recueillir l'aveu qu'une blennorrhagie avait précédé. Une deuxième et une troisième récidive se montrèrent, mais toujours dans les mêmes circonstances et également apyrétiques sans le moindre trouble du cœur. (*Gaz. des hôpit.*)

ASCITE. *Ponctions capillaires.* L'épuisement et l'adynamie, résultant de la paracentèse abdominale abondante, ont conduit M. Leudet (de Rouen) à recourir, avec succès, à de petites ponctions avec le trocart capillaire de trousse ou trocart explorateur, chez deux ascitiques présentant une dilatation de la cicatrice ombilicale. Il y plongea le petit trocart et le liquide s'écoula pendant quatre ou cinq heures, sans que cette soustraction lente amenât l'adynamie profonde des précédentes ponctions avec le gros trocart. L'un de ces malades, atteint d'altération organique des parois du cœur, de glycosurie, de dégénérescence étendue des artères et de cirrhose, put supporter dix-sept ponctions capillaires et prolonger ainsi sa vie bien au delà du terme que ne l'auraient fait les ponctions ordinaires. Ces piqûres capillaires, intéressant le péritoine dans une très-petite étendue, n'exposent pas autant que les autres à la phlegmasie aiguë de cette séreuse. Il y a donc avantage à y recourir. (*Bull. de thér.*, décembre 1873.)

Ascite huileuse. En pratiquant une paracentèse abdominale chez une fille scrofuleuse de vingt-sept ans, placée aux Incurables de la Charité de Saint-Étienne, M. le docteur Bergeret obtint un liquide blanc comme du lait, d'un léger reflet bleuâtre, densité 1007, neutre au papier de tournesol ; des gouttes de graisse liquide ou d'huile, plus ou moins grosses, s'observent au microscope. L'émulsion est si parfaite, qu'il ne se forma ni *cremor*, ni sédiments, ni putréfaction à l'air libre et à la température élevée du mois de septembre. Il s'était seulement acidifié. A l'analyse, il donne 16^{gr},70 d'huile par litre, de l'albumine en assez grande quantité, beaucoup de chlorures, un peu de sulfates et des phosphates douteux.

Une reproduction très-rapide de cet épanchement avec tous les caractères physiques précédents, indique un état pathologique du péritoine qu'il serait intéressant de con-

naître. (*Journal d'anat. et de physiol.*, décembre 1873.)

Un épanchement d'huile dans le tissu cellulaire sous-cutané a été également observé par le professeur Gosselin à la suite d'une contusion à la face externe du genou. Deux ponctions, faites à dix jours d'intervalle, donnèrent issue à une espèce d'huile épaisse, jaunâtre, douce, onctueuse au toucher et graissant le papier.

Quelques gouttelettes de sang s'y trouvaient en suspension, dans un état d'extrême division. Le microscope y constatait aussi un nombre considérable de cristaux de margarine.

On pouvait supposer que ce liquide résultait de l'écrasement du tissu cellulo-adipeux; mais sa reproduction, après une première ponction, exclut cette pensée aussi bien que pour le fait précédent. (*Gaz. méd. de Paris.*)

ASPHYXIE. Asphyxie locale des extrémités. Pathogénie et traitement. Cette singulière affection, découverte et introduite dans le cadre nosologique, il y a peu d'années, par M. M. Raynaud, sous le titre plus explicite de *Gangrène symétrique des extrémités* et de *Sclérodermie* par d'autres pathologistes (voy. *année* 1872), n'a cessé d'occuper son auteur pour en élucider la nature et le traitement. Le titre de gangrène a été ainsi abandonné parce que ce n'est là qu'un des symptômes ultimes de la maladie qui ne se présente pas constamment, de même que celui de sclérodermie ne s'applique qu'à des cas exceptionnels, où cette altération générale vient s'ajouter à l'affection locale et la compliquer.

Ce n'est pas que le terme asphyxie soit plus juste. L'auteur attribue, en effet, ces lésions symétriques à une contraction, un spasme des dernières ramifications vasculaires, dus à un vice de l'innervation vaso-motrice résultant d'une excitation du centre de l'axe spinal. Les artérioles seules étant fermées et les veinules ouvertes par ces contractions vasculaires, une stase veineuse en résulterait, d'où la cyanose et l'aspect livide qui se voient ordinairement dans le premier degré de la maladie, auquel succède l'état exsangue et cadavérique des extrémités par la fermeture totale de ces vaisseaux; c'est-à-dire un état analogue à celui de la congélation et, consécutivement, la gangrène.

L'auteur justifie cette théorie et en démontre l'exactitude

par six nouvelles observations cliniques, quelques expériences et le résultat même du traitement. La contraction, le spasme des vaisseaux, résulte de l'observation directe. Des troubles de la vue s'étant montrés simultanément chez deux malades, l'ophthalmoscope révéla des battements très-remarquables dans la veine centrale de la rétine et des étranglements partiels de l'artère centrale et de celles qui en naissent. Ces troubles de la vision se manifestaient d'une manière intermittente et surtout après l'accès ; la vue devenait trouble et confuse pour s'éclaircir à l'accès suivant. Les résultats ophthalmoscopiques étaient moins nets pendant cette période de cyanose des extrémités. Ce phénomène, discuté très-longuement par l'auteur, est pour lui une preuve évidente du spasme circulatoire dans l'asphyxie locale.

Ayant répété l'expérience simple de MM. Brown-Séquard et Tholozan, qui consiste à plonger une main dans l'eau très-froide pour voir les vaisseaux sanguins de l'autre main se contracter fortement, M. Raynaud a pu constater, un très-grand nombre de fois, le changement de calibre des vaisseaux. L'exagération de la contraction vasculaire réflexe était surtout accentuée, sous l'influence du courant ascendant, tandis que le contraire avait lieu avec le courant descendant. D'où la confirmation complète de sa théorie.

Ce n'est pas tout. Guidé par le résultat même de ces expériences dans le traitement à appliquer contre cette maladie, il recourut aux courants galvaniques continus et le succès graduel dans 5 cas sur 6 vint encore confirmer, en vertu de l'adage, la nature de l'asphyxie locale. On peut employer, en commençant, 25 à 30 éléments de la pile de Daniell ou celle de Trouvé ; mais il est plus prudent de n'y arriver que progressivement. Le pôle positif est placé sur la 5ᵉ vertèbre cervicale, le pôle négatif vers la dernière lombaire ou sur le sacrum. Le courant ne donne ainsi qu'une sensation de chaleur supportable. Après quelques minutes, on peut remonter, en glissant le rhéophore négatif, jusqu'à la 8ᵉ dorsale. Une séance par jour de dix à quinze minutes suffit.

L'accroissement de la vitesse circulatoire, l'accélération de la respiration et des sueurs abondantes aux aisselles et aux mains surtout, sont les effets de ce courant. C'est le

premier signe de l'amélioration. Des phénomènes d'intolérance se manifestant ensuite, il convient de diminuer graduellement le nombre des éléments. Il est bon aussi de faire passer un courant centrifuge par les membres malades, le pôle positif étant appliqué sur le plexus nerveux à la racine du membre. Ce courant est plus aisément toléré et peut être beaucoup plus fort sans inconvénient.

C'est donc là une ressource précieuse contre une affection qui aboutit à la perte des doigts et des orteils. On peut prévenir par elle la gangrène consécutive. Cette action thérapeutique est d'ailleurs en parfait accord avec la physiologie. Et, sans rappeler ici toutes les données sur lesquelles elle s'appuie, il suffit de dire que les courants descendants sont sédatifs, tandis que les ascendants sont excitants. La contraction vasculaire permanente, démontrée ici par le résultat même du traitement, est donc de nature réflexe. (*Arch. de méd.*, janvier et février.)

Une septième observation, recueillie par M. Faure, dans le service de M. Aguilhon, à l'hôpital de Riom, sur une campagnarde, ne révèle aucune cause appréciable de cette singulière maladie, qui atteignit successivement les extrémités des quatre membres, du nez et des pommettes ; mais à un degré relativement très-faible (*Gaz. des hôp.*, n° 44). Il y a donc de nouvelles études à faire sur ce sujet. — Voy. Gangrène.

Asphyxie des nouveau-nés. *Courants induits.* Deux succès en sont rapportés par M. E. Lauth sur des nouveau-nés asphyxiés par un travail laborieux, alors que, dans un premier cas rapporté comme comparaison, tous les autres moyens : insufflations, respiration artificielle, bains sinapisés et douches froides, frictions et excitation périphériques, sont restés inefficaces. (*Soc. de méd. de Strasbourg*, novembre 1873.)

La difficulté d'avoir un appareil électrique à sa portée, en pareil cas, est un impédiment à l'emploi de ce moyen. Mais, quand les accoucheurs connaîtront mieux l'emploi de l'électricité pour ranimer les contractions, ils s'en serviront davantage et pourront ainsi en user de même pour le nouveau-né.

ASTHME SPASMODIQUE. *Chloral.* Trois cas en sont rapportés par le docteur Th. Williams. Le premier était celui d'une femme de vingt-trois ans, venue de l'île de Man, où, depuis neuf mois, elle souffrait d'un asthme tellement grave que, depuis quatre mois, elle était forcée de garder la chambre. On avait essayé en vain divers remèdes. A son arrivée en ville, le docteur Williams ne fit d'abord aucun traitement actif, espérant que le changement de climat la guérirait. Mais l'accès se produisant comme de coutume, il lui fit prendre du chloral par doses d'un gramme. Après la première dose, la malade dormit pendant une heure ; après la seconde, elle dormit toute la nuit; en lui donnant encore une petite quantité du médicament, on lui rendit la respiration très-régulière. On suspendit alors le chloral et la malade resta quitte de son asthme pendant plus d'une semaine.

Le second cas était celui d'un enfant de seize ans, sujet depuis six ans à des attaques qui revenaient chaque semaine et qui duraient trois jours. Le chloral, donné pendant un violent accès, procura aussitôt du sommeil et une respiration normale. Il resta à l'hôpital de Brompton libre d'attaques, malgré des accès de dyspnée que l'on détournait toujours en administrant le chloral à temps.

La troisième malade était une femme de vingt-sept ans, non mariée, dont l'asthme durait depuis deux ans; les attaques revenaient chaque matin, duraient deux ou trois heures et se reproduisaient souvent dans l'après-midi. Pendant un accès très-violent, à l'hôpital de Brompton, on essaya sans grand succès un certain nombre de médicaments. Des inhalations de chloroforme procurèrent un certain soulagement, mais en causant des intermittences des battements du cœur. Les injections hypodermiques de morphine donnaient de bons résultats, mais on ne put en continuer l'emploi. On donna alors du chloral par doses d'un gramme, et la première suffit pour amener le sommeil et une respiration facile. On continua le médicament par plus petites doses pendant plus de deux mois ; pendant ce temps, les accès ne revinrent que très-rarement et toujours très-légers. On cessa le chloral, les accès revinrent aussitôt, pour disparaître dès qu'on reprit le médicament. Tous ces cas étaient compliqués de catarrhe, et même, dans le troi-

sième, il y avait un emphysème considérable qui diminua pendant le séjour de la malade à l'hôpital.

Biermer (de Zurich) a déjà beaucoup employé le chloral dans les mêmes circonstances. Quant au docteur Théodore Williams, son expérience particulière, basée sur plus de vingt cas, le rend tout à fait partisan de ce mode de traitement. Il n'a jamais eu d'accidents à déplorer. (*Clin. Soc.*, octobre 1873, et *France méd.*)

ATAXIE. Ataxie locomotrice. *Atrophie des ovaires.* Chez une fille publique de trente-deux ans, entrée le 26 septembre 1870 à l'Hôtel-Dieu de Marseille et morte le 21 novembre 1873 après l'insuccès successif du nitrate d'argent, de la strychnine et de l'arsenic, des cautères et de l'électricité, des bains sulfureux et des douches froides, on trouva à l'autopsie une atrophie telle des ovaires que leur volume ne dépassait pas celui d'un petit haricot, d'un poids de 2 grammes environ. Le tissu en était rétracté et la glande aplatie autour du ligament de l'ovaire.

Malgré la sclérose des cordons postérieurs, la sensibilité est restée intacte de même que la vue ; il y avait même hyperesthésie. Mais la substance grise des cornes postérieures étant intacte, la persistance de la sensibilité est expliquée. (*Marseille méd.*, n° 4.)

Névralgie ano-périnéale. — Voy. *ce mot.*

Ataxie musculaire progressive. Symptomatologie. Au lieu de débuter par les membres inférieurs, c'est par les membres supérieurs qu'elle s'est manifestée chez un malade observé par M. Hayem à l'hôpital Beaujon. Tandis que les mouvements de progression et de locomotion sont à peine troublés, même lorsqu'il ferme les yeux ou qu'il marche dans l'obscurité, il y a une telle incoordination des mouvements des membres supérieurs, que le malade ne peut se toucher le bout du nez sans que sa main erre à diverses reprises du front au menton. Pour écrire, sa main ne peut tracer quelques caractères irréguliers que guidée par une autre personne. Les traits deviennent informes et confus, si on lui ferme les yeux, et ce sont alors des zigzags et des

lignes entre-croisés d'une façon aussi désordonnée que possible. (*Soc. de biologie*, février.)

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. Pathogénie. Une observation recueillie dans la clinique de la Faculté de Nancy par MM. Stœber et Famechon, semble donner raison à la doctrine allemande que le système musculaire est primitivement atteint, contre celle de Cruveilhier et Duchenne, que c'est d'abord le système nerveux. Les prodromes sont, en effet, des crampes musculaires, des douleurs vives dans les membres inférieurs, remontant à 1872. Puis il y a envahissement graduel et successif de tout l'organisme avec atrophie musculaire. Les orteils se fléchissent, les membres supérieurs et inférieurs diminuent considérablement de volume constaté métriquement. Les mouvements et la parole s'embarrassent et enfin la mort arrive par les troubles de la respiration et de la déglutition deux ans après le début.

A l'autopsie, les lésions musculaires sont évidentes et très-marquées; il y a absence au contraire d'altérations nerveuses, notamment d'atrophie des racines et des cornes antérieures.

De là cette conclusion que l'atrophie musculaire progressive peut exister sans lésions nerveuses et qu'il est plus naturel de les considérer, lorsqu'elles existent, comme l'effet plutôt que comme la cause de la maladie. (*Revue de l'Est.*)

AUSCULTATION. Maladies cérébrales. *Utilité de l'auscultation.* M. Brown-Séquard ayant vu survenir souvent l'inflammation des poumons, à la suite des lésions cérébrales produites expérimentalement sur le cerveau des animaux, s'est assuré par l'observation qu'il en est de même chez l'homme dans les affections organiques du cerveau. Il a cité des faits à l'appui à l'Académie de médecine de New-York, et montré que ces maladies sont souvent l'origine de l'empyème, de la pneumonie, des maladies du foie, de l'estomac et des reins. La pneumonie se développe surtout quand la lésion cérébrale existe à gauche. 188 cas de tuberculose sont ainsi rapportés comme dérivant d'une inflammation pulmonaire. De là l'utilité de pratiquer soigneusement l'auscultation et la percussion, dans le cours des affections céré-

brales, pour s'assurer du développement possible de lésions pulmonaires. C'est là une nouvelle pathogénie qui, émise plutôt comme un fait probable que démontré, mérite toute l'attention des observateurs en émanant d'un savant aussi ingénieux.

Craquement scapulaire. Il ne pouvait manquer par son importance et sa nouveauté de fixer l'attention des observateurs (voy. *année* 1873). MM. Boinet et Demarquay, en l'observant et en le signalant même avant M. Galvagni, l'attribuent à une exostose costale. C'est donc une nouvelle cause à ajouter à l'atrophie des muscles sous-scapulaire et dentelé. Celle-ci peut se rencontrer, non-seulement chez les phthisiques, mais surtout dans l'ankylose de l'épaule, comme M. le docteur Terrillon le démontre par des faits. Des causes professionnelles, dont le mécanisme est encore obscur, peuvent aussi le faire naître.

Mais il semble impossible que ce phénomène ait absolument le même caractère dans les deux cas. Le frottement de deux surfaces osseuses, par usure pour ainsi dire, doit différer de celui que produit une exostose.

Un de ses résultats, peut-être trop généralisé *à priori* par M. Terrillon, vient obscurcir, masquer la signification de ce signe en le faisant cesser : c'est la formation d'une bourse séreuse par le frottement répété des surfaces osseuses, le contact plus ou moins immédiat des deux os. Deux nouvelles observations en sont rapportées par cet auteur et ajoutées à celle de M. Galvagni. Mais rien ne montre que, dans la première au moins, ce fût une bourse séreuse, car le malade mourut sans que l'autopsie ait confirmé cette interprétation. Si le fait est réel, dans certains cas, il n'y a donc pas lieu de trop le généraliser, d'en faire la base d'une doctrine, avant que l'observation ait largement prononcé. (*Archiv. génér. de méd.*, octobre.)

Auscultation expérimentale. MM. Cornil et Grancher ayant insufflé par la trachée les poumons d'une femme morte et ausculté la poitrine comme à l'état normal, ont constaté les mêmes phénomènes d'inspiration et d'expiration vésiculaire. Mais si, enlevant la paroi costale, on ausculte le poumon mis à nu, soit médiatement ou immédiatement,

à travers un linge ou la plèvre costale, on perçoit à l'inspiration seulement un bruit de crépitation vésiculaire, comme le plus fin de la pneumonie, ou celui qui se manifeste chez les nouveau-nés ou chez l'adulte après un décubitus très-prolongé. Ce sont des bouffées, des fusées crépitantes très-fines, très-sèches, analogues au bruit produit par le froissement des cheveux près de l'oreille.

Or, ces expérimentateurs ont reconnu que ce bruit de crépitation vésiculaire résulte de la compression du poumon. Un corps étranger, placé entre deux lobes, y donne également lieu. De même en enserrant une partie du poumon dans une ligature. Il a son siége dans les *infundibula* pulmonaires où se rendent les ramifications ultimes des bronches, où s'ouvrent les alvéoles, et qui étaient primitivement affaissés. C'est pourquoi on ne peut obtenir ce bruit dans les conditions ordinaires. On le produit artificiellement en réalisant un noyau dur, imperméable, à la superficie du poumon. Du suif injecté et solidifié y donne lieu immédiatement autour de l'induration, par la dilatation brusque des alvéoles affaissées.

Ces faits expérimentaux montrent qu'un corps solide de la plèvre ou du poumon, peut déterminer ces phénomènes de crépitation. (*Le Progrès méd.*)

Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine de Paris par M. V. Cornil et recueillies par M. Budin. Brochure in-8° de 91 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*.

Auscultation abdominale. Dans un cas de *perforation du cæcum*, communiquant avec une vaste collection occupant les fosses iliaques droites, interne et externe, le docteur J. Sommerbrodt dit avoir perçu la présence de gaz intestinaux. — Voy. PERFORATION.

B

BAINS FROIDS. *Danger inconnu.* Chacun sait que se mettre dans l'eau froide ou chaude, après avoir mangé,

expose à une indigestion. Là n'est pas le danger sans doute ; on a tous les jours des indigestions sans en mourir. Le danger ici, c'est la syncope en résultant : on se trouve mal, on perd connaissance, on coule au fond de l'eau et l'on se noie. C'est encore ainsi que la congestion cérébrale, provoquée par un bain froid ou trop chaud, détermine la mort. Perdre connaissance dans l'eau, en se baignant surtout, constitue donc le véritable danger.

Or il est un phénomène peu connu, si ce n'est des baigneurs, qui prédispose immédiatement à ce danger : c'est l'hypérémie, la congestion de la peau s'annonçant par une rougeur générale, comme une teinte scarlatineuse couvrant tout le corps, sans que l'on en ait conscience. On ne tarde pas alors à tomber en syncope, à perdre connaissance, à couler au fond de l'eau et à se noyer si l'on n'est promptement secouru, comme le démontrent les deux faits suivants, relatés par M. Tourraine, médecin-major de première classe.

J'étais de service à la baignade dans un établissement du quai d'Orsay et je regardais les hommes s'amuser dans l'eau quand le propriétaire vint à moi et me dit :

« Monsieur le docteur, je vous prie de faire sortir immédiatement de l'eau cet homme que vous voyez là-bas dans le petit bain, celui qui a de l'eau jusqu'à la ceinture, et qui s'amuse si bien. Il est tout rouge, il va se trouver mal, glisser dans l'eau et peut-être se noyer au milieu de ses camarades sans que personne s'en aperçoive. » J'étais à l'extrémité du grand bain, l'homme était à l'autre extrémité du petit bain ; la distance était assez grande ; de ma place, je fis remarquer au maître baigneur que cet homme avait été piqué au dos et au ventre, et qu'il n'était pas étonnant qu'il fût rouge. « Mais non, monsieur le docteur, ce n'est rien que cela, nous ne pouvons pas voir d'ici, approchons-nous et vous verrez que cet homme a la peau toute rouge ; je vous prie, faites-le sortir immédiatement. »

Cet homme me parlait avec une telle conviction et devenait si pressant, que je me dirigeai en toute hâte vers le soldat désigné. Il avait bien le ventre et le dos rouge cramoisi ; mais, ce que je ne voyais pas de loin, c'était une teinte scarlatineuse qui couvrait tout le corps, une véritable hypérémie de la peau. Cet homme s'amusait avec ses camarades, et quand je lui donnai l'ordre de quitter le bain, parce qu'il

allait se trouver mal, il parut fort surpris, et ses camarades me regardèrent avec le plus grand étonnement.

Il sortit de l'eau, comme un homme qui obéit, et en se demandant pourquoi on le dérangeait de ses amusements. Voyant cette rougeur générale, je me félicitai d'avoir écouté le propriétaire des bains. Je restai auprès du soldat, je le fis bien essuyer et frotter avec soin ; il allait mettre sa chemise, quand il s'est trouvé mal, et je n'ai eu que le temps de l'étendre sur un banc qui se trouvait à côté de lui. Il ne perdit connaissance que pendant quelques instants. Mais que serait-il arrivé s'il était resté dans le bain ? Il aurait peut-être disparu au milieu de ses camarades, et sa disparition n'aurait pu être constatée qu'à l'appel, quand il aurait été trop tard. Je remerciai vivement le propriétaire de l'établissement de m'avoir donné à temps un aussi bon conseil. Je regrette de ne pas savoir son nom, pour le citer avec toute la reconnaissance qu'il mérite.

Un autre fait analogue, arrivé au 106e de ligne, dans l'été de 1872, est venu corroborer celui-ci et m'engager à le publier.

Les hommes étaient à la baignade, quand l'un d'entre eux glissa dans l'eau au milieu de ses camarades ; heureusement ils s'en aperçurent et le relevèrent aussitôt pour le transporter sur un banc. L'aide-major, M. Folquet, qui était de service, m'a raconté que cet homme, au sortir de l'eau, avait la peau tout entière d'un rouge cramoisi. Il resta quelque temps sans connaissance et ne fut tiré de cet état que par des frictions vives et continues faites avec de la flanelle sèche ; les frictions ramenèrent la circulation générale, mais le soldat eut toute la journée un violent mal de tête, et resta courbaturé pendant quelques jours.

Un troisième fait a été observé en 1868 à Metz, par M. le docteur Bédié, à la baignade des soldats du 90e régiment d'infanterie. C'était à l'école de natation de l'île Chambierre. Un musicien y prenait ses ébats, depuis dix minutes à peine, quand l'officier remarqua la couleur écarlate de sa peau. Cette coloration vermillonnée siégeait sur toute la poitrine, recouvrait toute la surface de l'abdomen, le devant des cuisses et s'étendait sur les fesses ; les épaules et les bras participaient à cette teinte rouge framboisée.

Inquiet lui-même, mais nullement incommodé, ce musicien vint consulter son major sur cette coloration pour savoir

s'il pouvait continuer son bain froid. Il n'y avait ni saillie appréciable, ni douleurs, ni démangeaisons. Aucun trouble digestif ni ingestion de poisson avancé ou de moules. C'était donc un trouble nervoso-sanguin provoqué par l'eau froide. Le conseil fut de se rhabiller promptement pour se livrer à une marche un peu accélérée.

Mais ce musicien avait à peine fini sa toilette qu'il tombait évanoui avec perte de connaissance. On n'eut que le temps de l'étendre à terre. Il était dans un état de mort apparente : peau froide, résolution complète de la tête ; le cœur seul donnait signe de vie par des battements sourds et lents. Cet état dura vingt minutes, et ce ne fut qu'après des tentatives de respiration artificielle, suivant le système Sylvester, des frictions sèches, continues sur la peau, que la connaissance revint.

Ces observations peuvent servir à expliquer un nombre considérable d'accidents attribués, soit à des indigestions, soit à des congestions cérébrales, que ne justifient pas les autopsies ; car les individus n'ont eu ni indigestions, n'ayant pas mangé, ni congestions cérébrales. (*Mém. de méd. et chir. milit.*, n°s 158 et 161.) — Voy. ALBUMINURIE, FIÈVRE TYPHOÏDE.

BEC-DE-LIÈVRE. *Procédé spécial.* Chez un enfant de dix mois dont la division unilatérale était obliquement située à gauche avec saillie énorme du fragment droit, et écartement d'un centimètre, de manière à empêcher toute réunion, M. Duplay n'hésita pas à produire les lésions suivantes pour opérer cette restauration : après avoir avivé les deux bords de la fissure labiale et alvéolaire, il incisa verticalement la muqueuse gingivale dans toute sa hauteur à droite, au niveau de l'union de l'os incisif avec le maxillaire droit ; l'os fut fracturé à coups de marteau avec le tranchant d'un ciseau, et, comme le fragment osseux était encore retenu par la cloison du nez très-déviée à droite, il en fit la section. Dès lors la mobilisation du fragment permit de le faire basculer d'avant en arrière et d'obtenir la coaptation facile des bords de la fissure. Deux points de suture maintinrent leur union et le fragment détaché, alimenté par les parties molles, se consolida parfaitement en comblant l'énorme hiatus du maxillaire, et en régularisant l'arcade alvéolaire. (*Soc. de chir.*, décembre 1873.)

BELLADONE. *Empoisonnement.* Dans un triple empoisonnement accidentel par la belladone, une des victimes ne pouvant plus rien avaler, M. le docteur Morel, au lieu de se servir de la sonde œsophagienne pour faire pénétrer une solution émétisée dans l'estomac, versa simplement le liquide dans les narines, puis une solution tannique. La malade étant couchée, les médicaments arrivèrent ainsi par simple déclivité dans le pharynx et par suite dans l'estomac. Il y eut des vomissements et rétablissement complet, alors que tout espoir paraissait perdu.

Ce procédé est plus simple que l'emploi de la sonde œsophagienne que l'on n'a pas toujours sous la main. C'est donc une ressource utile à faire connaître. Une petite complication en est seule résultée dans ce cas en raison de la sécheresse de la muqueuse nasale : le contact du tartre stibié produisit une éruption pustuleuse et de petites hémorrhagies par la rupture des pustules, mais sans aucune gravité. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1873.)

BILE. *Action sur l'organisme..... du chien.* Recherchée expérimentalement à propos de l'étiologie de l'ictère grave. MM. Feltz et Ritter (de Nancy) ont constaté sur les chiens que l'injection dans les veines de bile fraîche et filtrée, à faible dose, n'a qu'une action toute passagère et presque inaperçue en raison de son élimination rapide par les sécrétions, celle des voies rénales en particulier. A plus haute dose, les effets sont plus marqués, mais il suffit de cesser l'empoisonnement, pendant trois ou quatre jours, pour que tout revienne à l'état normal. Les urines même qui restent modifiées le plus longtemps redeviennent claires et limpides. Il n'y a même pas de coloration ictérique des muqueuses ni de la sclérotique en raison de la rapidité de l'élimination. Une dose de 15 à 25 centimètres cubes est seule toxique. Des accidents convulsifs tétaniformes, puis comateux et la mort rapide en sont la conséquence.

L'autopsie montre alors le ramollissement des globules et leur défaut d'élasticité, la fluidité et la rougeur du sérum ainsi que des urines. Il y a diminution d'oxygène dans le sang et augmentation d'acide carbonique. Les altérations anatomo-pathologiques s'observent surtout dans les reins, l'épithélium en particulier. (*Journ. d'anat. et physiol.*, n° 4.)

Études cliniques et expérimentales sur l'action de la bile et de ses principes introduits dans l'organisme, par MM. V. Feltz et E. Ritter, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

BLENNORRHAGIE. Histogénie. En voyant certaines parties des organes génitaux et d'autres être spécialement atteintes d'écoulement blennorrhagique, tandis que d'autres contiguës y semblaient réfractaires, M. le docteur Bonnière a cherché à pénétrer la cause inconnue, secrète, de ces différences. A cet effet, il a inoculé la pituitaire avec le liquide d'une conjonctivite virulente, et la muqueuse anale et rectale séparément avec l'écoulement d'une blennorrhagie vulvaire. De ces expériences téméraires il est résulté : que la pituitaire n'est pas plus inoculable que la muqueuse rectale, quoique celle-ci soit contiguë à l'anus. C'est ainsi que la blennorrhagie virulente du col utérin ne franchit jamais l'orifice interne, sans quoi il y aurait des métrites virulentes fréquentes. L'épididymite et l'orchite, qui compliquent parfois la blennorrhagie, ne sont pas plus virulentes, sinon, au lieu d'être l'exception, elles seraient la règle. Les glandes de Cowper pas plus que les glandes sous-uréthrales de M. A. Guérin, ni celles de Bartholin, ne paraissent susceptibles d'inoculation, tandis que la fosse naviculaire, et la région prostatique chez l'homme, la partie postérieure du museau de tanche et le cul-de-sac correspondant le sont au plus haut degré. Plusieurs autopsies de soldats, morts du choléra en pleine chaudepisse, ont en effet montré des lésions pathologiques dans ces points ainsi que dans les *foramina* et les lacunes de Morgagni.

De là le tableau suivant :

MUQUEUSES INOCULABLES.	MUQUEUSES RÉFRACTAIRES.
Gland.	Rectum.
Prépuce.	Canal lacrymal.
Urèthre : fosse naviculaire, et région prostatique en particulier.	Pituitaire.
Canal excréteur des glandes de Littre.	Corps de l'utérus.
Conjonctive.	Canal éjaculateur.
Anus.	Vésicules séminales.
Bouche.	Canal déférent.
Utricule prostatique.	Canaux prostatiques.
Vulve.	Vessie.
Museau de tanche.	Canal excréteur des glandes de Cowper et de Bartholin.
Conduit cervical utérin dans sa portion inférieure.	

Or, l'examen micro-histologique de ces différentes muqueuses a montré que toutes celles qui sont accessibles à la blennorrhagie virulente sont tapissées d'un épithélium pavimenteux ou pourvues de papilles et d'un réseau superficiel sous-épithélial de canalicules lymphatiques, tandis que les muqueuses réfractaires sont revêtues d'un épithélium cylindrique possédant un réseau superficiel vasculaire.

L'altération virulente des cellules épithéliales et du système lymphatique *superficiel* des muqueuses à épithélium pavimenteux, qu'il ne faut pas confondre avec le réseau des vaisseaux lymphatiques *profonds*, bien qu'ils communiquent ensemble, constitue ainsi pour M. Bonnière, la blennorrhagie virulente. C'est en agissant primitivement sur ces lymphatiques et les cellules épithéliales que le virus local agit; l'inflammation des tissus ambiants n'est que secondaire.

D'après cette nouvelle doctrine histologique, basée sur des données et des explications purement anatomiques, la blennorrhagie, loin d'être une simple affection catarrhale des muqueuses, serait une affection spéciale virulente des réseaux lymphatiques, *une lymphite spécifique essentiellement contagieuse, spéciale aux muqueuses à épithélium pavimenteux.* (*Arch. de méd.*, avril.)

Complication. — Voy. CYSTITE BLENNORRHAGIQUE.

Bromure de potassium. En raison de son action sédative et même anesthésique sur les muqueuses et les organes de la génération, M. John Brigh emploie ce sel topiquement et à l'intérieur dans la période inflammatoire. Trois fois par jour, il administre le sixième de la potion suivante :

℞ Bicarbonate de potasse	3gr,60
Bromure de potassium	5gr,40
Teinture de jusquiame	12 grammes.
Eau camphrée	132 —

Mêlez.

Voici la formule de son injection :

℞ Bromure de potassium	7gr,20
Glycérine	12 grammes.
Eau distillée	132

Mêlez.

Sous l'influence de ce moyen ajouté aux tisanes, lotions et précautions ordinaires, l'hypérémie uréthrale diminue, ainsi que la sécrétion mucoso-purulente, tandis que l'urine augmente et devient moins irritante pour la muqueuse. (*The Practitionner*, février.)

Comme moyen d'abréger la période aiguë, qui, malgré tous les antiphlogistiques, se prolonge souvent plusieurs semaines, M. le docteur Lamarre y joint le julep suivant à prendre dans les vingt-quatre heures :

℞ Teinture de haschisch	2	grammes.
Acide benzoïque	1	—
Julep gommeux	60	—

Mêlez.

Bains, cataplasmes et dix à quinze injections uréthrales d'eau simple par jour étant continués, toute douleur locale disparaît en deux à six jours. Reste à démontrer par la comparaison si ce julep active l'efficacité du traitement. (*Journ. des connaiss. méd.*)

Blennorrhagie mortelle. *Rupture de la vessie.* Un ébéniste de vingt-huit ans est entré à l'hôpital de la Conception de Marseille le 9 septembre 1873, comme victime de son incurie. Atteint trois ans auparavant d'une blennorrhagie qui avait facilement guéri, il négligea de traiter soigneusement la seconde. Au lieu de consulter un médecin, il consulta un ami et, sur son conseil, prit une infusion de laurier. Une rétention d'urine se déclare aussitôt par une vive douleur au col de la vessie. Au lieu de recourir encore à un médecin ou à l'hôpital, le malade fait d'inutiles efforts pour uriner pendant deux jours, et malgré le ballonnement du ventre, il crut, par un effort énergique, triompher de l'obstacle. Mal lui en prit, car le troisième jour au matin, en se contractant violemment, il entendit un craquement dans son ventre. Un soulagement immédiat en fut la conséquence, mais une douleur y succéda, qui, en augmentant, l'obligea à s'adresser à l'hôpital.

Une rupture de la vessie s'était produite sous l'effort des contractions, et l'urine, répandue dans le péritoine, causait des douleurs intolérables. La preuve, c'est que le cathétérisme très-facile n'amena qu'une faible quantité d'urine,

et a vessie était revenue à sa place normale. La péritonite ne manqua pas de se développer, et, malgré le traitement énergique du docteur Comballat, la mort survint le quatrième jour.

L'autopsie révéla un ramollissement de la muqueuse vésicale et, sur la face antérieure, à 2 ou 3 millimètres du sommet, une ouverture comme une pièce de dix sous, de forme ovalaire, à bords dentelés et noirâtres, avec d'autres plaques gangréneuses, et érosion de la muqueuse. Une péritonite généralisée avec abcès de la prostate avait déterminé la mort. (*Marseille méd.*, janvier.)

Blennorrhagie ombilicale. Chez un garçon de dix-neuf ans, entré à l'hôpital des Vénériens pour sa troisième blennorrhagie, le 10 décembre 1873, le docteur Morisson constata le suintement d'un muco-pus blanc jaunâtre, de l'infundibulum ombilical, qui surgit plus abondamment par la pression. Aucune rougeur ni gonflement n'en rendait compte et ne pouvait faire croire à un abcès.

Cet écoulement avait paru dans une circonstance singulière. Atteint d'une blennorrhagie au mois de juillet, pour laquelle il n'avait bu que de la tisane, ce jeune homme vit l'écoulement uréthral cesser subitement au mois de septembre, alors que celui de l'ombilic commençait. Évidemment on ne put voir là une métastase. La malpropreté et le contact de la matière de l'écoulement uréthral avec la peau fine de la cicatrice ombilicale en sont l'unique cause. Des lotions et des injections avec l'acétate de plomb et le sulfate de zinc furent prescrites, lorsque le malade quitta subitement l'hôpital. (*Giornale ital. delle malattie ven.*, avril.)

BOLDO. Arbre d'une hauteur moyenne de 5 à 6 mètres, originaire du Chili, où il vit isolé sur les coteaux, à feuillage toujours vert, à fleurs élégantes en grappes de cyme et cultivé pour l'embellissement des jardins. La plante exhale une odeur très-fragrante particulière, analogue au mélange de térébenthine et de camphre; sa saveur est assez fraîche et très-aromatique. Des drupes à mésocarpe aromatique forment le fruit dont le noyau dur sert à faire des colliers pour l'ornement des Chiliennes.

Ces caractères ont attiré l'attention sur cette moniacée.

On en a recherché les principes. Le principal est une huile essentielle ou essence que l'on retire des feuilles. Un principe amer, appelé *boldine*, et ayant le caractère des alcaloïdes, en a aussi été extrait par MM. Dujardin-Beaumetz, Verne et Bourgoin pour l'usage thérapeutique. Aucun effet physiologique n'en est résulté sur les animaux. Une douce chaleur dans l'estomac et une stimulation générale chez l'homme indiquent un stimulant diffusible. Après trois ou quatre jours d'un usage très-modéré de l'essence, l'urine sent fortement le boldo et rougit sous l'action de l'acide sulfurique dilué.

Déjà le charlatanisme s'est emparé de ces données insuffisantes pour présenter comme nouveautés au public un vin, un sirop, un élixir, des capsules avec ce produit. On les préconise comme toniques. L'essence est indiquée contre les catarrhes et les inflammations subaiguës des voies génito-urinaires. Mais rien ne démontre jusqu'ici une action spéciale ni préférable aux autres balsamiques résineux et auxquels il est prudent de se tenir.

BROMURES. Bromure de potassium. *Action topique sur la circulation.* Des recherches nombreuses faites antérieurement et communiquées en 1872 à l'*Association française* par le docteur Peyraud lui ayant démontré qu'une solution concentrée de ce sel arrête la circulation locale où elle est appliquée et que, injectée sous la peau, elle produit des eschares, il a appliqué cette donnée à la thérapeutique. Un énorme cancroïde de la face occupant la joue, la région malaire et la paupière inférieure gauche, végétant, fongueux et saignant, étant soumis à son observation, il le recouvrit de ce sel finement pulvérisé. Une eschare mince et grisâtre en résulta et, par des applications successives, la saillie de cette tumeur avait disparu en vingt-huit jours. Il n'en restait plus que la base d'implantation dans les tissus profonds.

Cette application n'est nullement douloureuse ; ce n'est donc pas comme caustique qu'elle agit, mais en arrêtant la circulation des capillaires sanguins. Si elle se confirme, cette action serait très-précieuse pour réprimer les bourgeons charnus, les chairs fongueuses et entraver certaines excroissances. Des injections hypodermiques avec une solu-

tion concentrée pourraient être aussi pratiquées dans l'épaisseur de certaines tumeurs. L'absence de douleur et l'innocuité de ces applications permettent d'en expérimenter facilement la valeur. (*Bordeaux méd.*)

M. E. Besnier a confirmé cette action en l'employant avec succès à l'hôpital Saint-Louis sur des plaies fongueuses, hyperplasiques ou néoplasiques, sans tendance à la cicatrisation. Chez un homme portant un gigantesque lichen hypertrophique ulcéré de la jambe, contre lequel l'amputation de la cuisse paraissait la seule ressource, il donna un résultat tel que la guérison est à espérer. De même sur un lupus scrofuleux rongeant la figure du côté gauche d'un autre individu. Ces succès doivent donc encourager à l'employer.

En présence de la masse énorme de tissus hypertrophiés et indurés à détruire, M. Besnier a déposé sur la plaie, avec une spatule ou un pinceau de charpie, une couche de bromure en poudre fine, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, en recouvrant d'un épais plumasseau de charpie fine et sèche. La douleur est très-vive immédiatement, mais la plaie devient insensible après quelques heures, et l'on trouve une eschare livide, infiltrée de sang, comme le tissu placentaire, et très-exactement limitée. Sa profondeur correspond à la quantité de substance employée. Elle met un temps plus ou moins long à se détacher selon la nature du tissu pathologique.

Les applications doivent être renouvelées selon la nature et le degré escharotique du résultat obtenu ; des pansements simples sont faits dans l'intervalle. Aucun accident, aucun danger n'en résultent, si ce n'est une douleur très-vive immédiate. (*Bull. de thér.*, 15 septembre.)

Son action sur l'appareil circulatoire paraît également résulter des observations suivantes. Une hémoptysie grave, rebelle aux moyens ordinaires, céda promptement, au contraire, à l'emploi du bromure à haute dose employé par M. le docteur Perraud.

Chez une fille mince et petite de quinze ans, réglée depuis un an toutes les trois semaines, M. le docteur Cordes (de Genève) administra 25 centigrammes de bromure de potassium deux fois par jour en commençant huit jours avant l'apparition probable des règles et en s'arrêtant dès

que l'écoulement commençait. Sous l'influence de cette médication, les règles se régularisèrent tous les mois ou plutôt toutes les quatre semaines, mais revenaient tous les vingt-cinq jours, dès que le bromure était suspendu. Elle reste ainsi soumise à son usage depuis six mois. (*Obstetr. Journal*, avril.)

Cet agent s'est montré également très-efficace contre les hypertrophies de la rate. — Voy. Rate.

Bromure de camphre. Préparation analogue au camphre bromé, très-employée en Belgique depuis longtemps. Elle est formée, d'après William Hammond, d'un équivalent de camphre et d'un équivalent de brome, et s'obtient sous forme cristalline de couleur blanche et d'une odeur mixte.

Injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, à la dose de 10 centigrammes, il diminua les battements artériels de 10 par minute; 30 centigrammes les firent tomber de 180 à 108; avec 20 centigrammes sur un chat, la chute fut de 192 à 108; de 200 à 116 et de 188 à 80 avec 50 à 60 centigrammes. Il ralentit donc le pouls.

Il diminua également le nombre des inspirations de 50 à 30 chez un cobaye et de 68 à 40 avec une dose de 40 centigrammes; l'abaissement fut de 70 à 15 chez un chat de trois mois, et l'animal mourut.

De 20 à 25 centigrammes chez le chat et le cobaye, il diminua la température de 2°,1 à 2°,3. Elle s'abaisse davantage avec l'augmentation des doses, et peut s'élever jusqu'à 9°,2 à la dose mortelle de 50 centigrammes. Elle tomba de 38°,8 à 22 degrés, en soixante et onze heures, chez un chat qui en avait reçu 60 centigrammes.

Les animaux ne s'accoutument pas à ce médicament; chaque renouvellement d'administration amène les mêmes effets. L'amaigrissement s'ensuit et les animaux perdent beaucoup de leur poids. Il y a parfois torpeur, hypnotisme et mort apparente avec insensibilité.

Ces expériences, faites par M. Bourneville, démontrent que c'est là un sédatif puissant dont on peut mettre les effets à profit dans certaines affections du système nerveux. (*Soc. de biol.*, juin.)

BRULURES. *Liniment oléo-calcaire* En en modifiant la

composition avec le glycéré de sucrate de chaux (voy. LINIMENT), M. le docteur Lagarde et d'autres médecins militaires l'ont employé avec un grand succès dans de nombreux cas de brûlures. Il leur paraît préférable sous cette nouvelle forme. (*Recueil de mém. de méd. et chir. militaires*, décembre 1873.)

C

CALCULS. Calculs vésicaux. ÉTIOLOGIE MÉCANIQUE. Rejetant la doctrine de la lithiase diathésique, le docteur Cantalamessa en trouve une explication plus satisfaisante dans les conditions anatomiques qui rendent la miction plus difficile. Tels sont : le phimosis chez les enfants, l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate chez les vieillards, les rétrécissements uréthraux, la cystite, la néphrite, la vessie à colonnes, les tumeurs, les corps étrangers, qui, en agissant mécaniquement, déterminent la précipitation des sels calcaires et favorisent la formation des calculs. Il a ainsi constaté le phimosis chez tous les enfants calculeux, à l'exception d'un seul. On sait combien l'hypertrophie de la prostate est fréquente chez les vieillards atteints le plus souvent de calculs, après les enfants. (*Bollet. delle scienz. med.*, 1873.)

Très-fréquents dans le comté de Norfolk et quelques autres, ils sont attribués par M. W. Cadge, dans son *Address* à la *British med. Association*, aux troubles de la digestion et de la nutrition, bien plus qu'aux aliments, au climat et aux vents froids. Le défaut de lait seul lui paraît une cause de la pierre, et il se fonde, à cet égard, sur ce que les enfants des riches ne l'ont presque jamais, tandis que ceux des pauvres, privés de cet aliment, en sont communément atteints. Des tableaux statistiques montrent que, dans tous les comtés où la pierre est commune chez les très-jeunes enfants, le lait est très-rare. M. Cadge l'a rencontrée une seule fois chez un enfant de la classe aisée, et, seul de sa famille, il n'avait jamais pris de lait. (*British med. journ.*)

Cette étiologie est bizarre et peu connue. Que l'usage de la bière, et surtout des eaux calcaires, joue un rôle dans la formation de la pierre, comme le dit l'auteur, cela n'a rien de nouveau. Mais que le défaut de lait en soit la principale

cause chez les enfants, nous ne l'avons jamais vu signalé que par lui.

Rétrécissement du méat. Il est parfois une cause d'erreur pour le diagnostic de la pierre. Thompson en cite un cas chez un individu dont le grand-père était calculeux, et qui en présentait tous les symptômes. Il urinait goutte à goutte avec jet interrompu et douleurs. Un jeune garçon boucher présentait les mêmes symptômes. Il ressentait des douleurs excessivement vives, surtout lorsqu'il était en voiture. Absence d'hématurie dans les deux cas. Le méat étant très-étroit, il suffit à M. Guyon de l'inciser pour l'exploration, comme l'avait fait Thompson, pour voir de même disparaître tous les accidents, sans avoir trouvé de calculs. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Sondes diagnostique et évacuatrice. Un chirurgien anglais, M. Donald Napier, a imaginé une sonde pleine en acier dont l'extrémité vésicale est recouverte d'une couche de plomb pur. Polie avec un morceau de cuir et trempée ensuite dans une faible solution de nitrate d'argent, elle se recouvre d'une couche d'un beau noir qui, au plus léger frottement d'un corps dur, comme un calcul, laisse aussitôt son empreinte, et en décèle ainsi la présence. C'est donc un nouvel explorateur ingénieux.

La seconde ne paraît pas, à beaucoup près, d'un emploi aussi commode et utile. C'est une sonde en caoutchouc dont l'extrémité vésicale s'épanouit comme la fleur du volubilis. On l'introduit dans la vessie au moyen d'une grosse sonde métallique dont l'embout est formé avec un morceau de beurre de cacao dur. Celle-ci retirée, on fait une injection dans la vessie qui entraîne le calcul, par son propre poids, du côté du col, où il se trouve reçu et comme emprisonné dans l'espèce de convolvulus terminal de la sonde qu'il suffit de retirer pour exécuter l'extraction du calcul en protégeant l'urèthre; mais il est indispensable que le calcul soit d'un petit volume, sans quoi il faut le broyer préalablement dans la vessie. (*Gaz. hebd.*, n° 21.)

On voit que ce procédé est assez compliqué, et aucun fait n'étant rapporté à l'appui, on se demande s'il a même jamais été mis à exécution.

The microscopic structure and mode of formation of urinary calculi, par le docteur Carter, brochure de 51 pages. Londres, 1873. Ces analyses, faites sur des natifs de l'Inde en grande partie, donnent les mêmes résultats que sur les Européens. L'oxalate et le phosphate de chaux prédominent là-bas, comme ici, mais le phosphate est encore plus abondant chez les Indiens.

Calculs rénaux. Procédant à l'autopsie d'un goutteux mort à l'hôpital Saint-Barthélemy, le docteur Samuel Gee rencontra des calculs dans les deux reins. Dans le bassinet du rein droit, notamment, s'en trouvait un énorme, pesant 36 onces et demi, soit plus d'un kilogramme, et huit autres pesant chacun de 19 à 50 grains, avec une infinité d'autres calculs, comme des graines, et une grande quantité de gravelle. Un autre de 276 grammes était dans le rein gauche.

Cet énorme calcul et les autres étaient composés de phosphate de magnésie et d'ammoniaque presque pur. Un noyau d'oxalate et de phosphate de chaux, de phosphate de magnésie et d'acide urique se trouvait dans les plus volumineux. (*Roy. med. and chir. Society*, novembre 1873.)

Cet exemple unique montre bien que le rein est éminemment formateur des calculs, car, dans ce cas, il n'en existait même pas dans la vessie. Ses parois étaient hypertrophiées.

Mort subite. Un vieillard, de soixante et onze ans, reçut accidentellement un coup de tête d'enfant dans le flanc gauche et aussitôt l'émission de l'urine cessa. Cette suppression durait depuis six jours, malgré les divers moyens employés par le docteur Kennedy, lorsque M. J. Hutchinson fut appelé en consultation. Le malade avait vomi une ou deux fois, la langue était sèche, mais aucune odeur urineuse n'existait. Le défaut de douleur et de tension de l'abdomen excluant l'idée d'une rupture vésicale, et le malade ayant été calculeux dans sa jeunesse, M. Hutchinson diagnostiqua un calcul de l'uretère, en supposant l'autre imperméable ou détruit.

L'événement justifia complétement ce diagnostic. Une heure après cette consultation, une convulsion survint et détermina la mort. A l'autopsie, on ne trouva pas la moindre

trace du rein ni de l'uretère droits; l'absence était congénitale. Le rein gauche était doublé de volume, congestionné et ramolli; ses bassinets étaient distendus par des caillots sanguins et, à quatre pouces au-dessous, un calcul rond, comme l'amande d'une petite noisette, était engagé dans l'uretère dont il obstruait la lumière. Dilatation au-dessus, contraction au-dessous. Rien dans la vessie qu'un peu de liquide sanguin.

Cette suppression mécanique de l'urine est donc un danger spécial de ceux qui n'ont qu'un rein. Cette unicité y prédispose même très-probablement par une formation plus fréquente des calculs. Elle peut être supposée à la suite de mort subite par suppression d'urine, comme dans ce cas, et l'on peut croire qu'elle a été ainsi méconnue plus d'une fois. C'est ce que M. Hutchinson a recherché dans une leçon intéressante faite à l'hôpital de Londres sur ce sujet. (*Lancet*, 4 juillet.)

CANCER. *Origine.* Un long mémoire sur la nature même du cancer, lu par M. de Morgan à la Société pathologique de Londres, admet une origine à la fois locale et constitutionnelle. En fait, dit-il, tout ce que nous voyons de la vie du cancer nous conduit naturellement à admettre que cette maladie est plus qu'un simple changement local de tissu, et cette croyance me paraît bien fondée. De plus, quoique local à son début, il y a, dans quelques cas, peut-être dans tous, une prédisposition à la maladie qui peut être répandue dans toute l'économie; mais, ce qui est beaucoup plus probable, c'est qu'il a son siége dans quelques tissus en particulier. Tel est le fondement de ce travail et de la longue et solennelle discussion qu'il a provoquée et à laquelle ont pris part tous les plus célèbres pathologistes de Londres.

Sir J. Paget adhère sans réserve à ces propositions de M. de Morgan. Il est encore plus explicite sur l'origine constitutionnelle du cancer, son hérédité le prouve. Au début de sa pratique dans les hôpitaux, il évaluait la fréquence des cas d'hérédité à 1 sur 6; depuis qu'il l'a vue dans une pratique privée étendue, il l'a trouvée au moins de 1 sur 4, et il l'évalue même à 1 sur 3, en comptant tous les cancéreux qui en ont eu dans leur famille. Et cette proportion est encore loin de la tare réelle de l'influence héréditaire, car

beaucoup de cancers internes déterminent la mort après avoir transmis l'hérédité sans être connus, et il est même des personnes, suivant l'éminent chirurgien, qui peuvent transmettre cette hérédité du cancer, quoique mourant avant sa manifestation. Car le cancer est essentiellement une dégénérescence dont la fréquence augmente avec les années, et dont l'hérédité augmente par conséquent proportionnellement avec l'âge de ceux qui peuvent le transmettre. Un homme, une femme peuvent mourir accidentellement sans manifestation cancéreuse, après en avoir transmis le germe à leur progéniture, et cette hérédité est ainsi méconnue dans beaucoup de cas. Il n'est pas rare même que des enfants meurent de cancer héréditaire longtemps avant que les parents qui le leur ont transmis n'en présentent la manifestation, et y succombent ensuite. Et telle est l'importance de l'étiologie héréditaire dans cette maladie, suivant M. Paget, qu'il est impossible d'en concevoir l'origine, comme de toute cachexie analogue, sans l'intervention de l'hérédité.

Et comme preuve de la nature essentiellement constitutionnelle du cancer, M. Paget montre que son hérédité se manifeste autrement que celle des maladies locales, qui est tout aussi réelle, comme les tumeurs graisseuses ou lipomes, les tumeurs cartilagineuses, les kystes cutanés du cuir chevelu, les malformations. Mais tandis que celles-ci se reproduisent sur place, des parents aux enfants, c'est-à-dire dans le même tissu et au même lieu, le cancer passe directement d'un organe à l'autre, suivant les conditions particulières du malade, comme la goutte, la syphilis, la tuberculose, la scrofule. Cet argument, très-bien développé, est des plus sérieux en faveur des constitutionnalistes. Aussi, quand il survient localement une semaine, un mois, une année après un coup reçu, n'est-il pas possible, ajoute le célèbre chirurgien, d'en rapporter l'origine à cette cause locale, sans invoquer la prédisposition constitutionnelle, telle qu'elle se manifeste également dans la tumeur blanche, chez les scrofuleux, ou telle autre lésion locale chez les syphilitiques.

La récidive après l'excision du cancer est une autre preuve de son origine constitutionnelle. 1 malade sur 500 à peine y échappe, suivant M. Paget, tandis que c'est le contraire pour les tumeurs simples.

Quant à savoir si c'est là une maladie du sang ou d'une cellule d'un élément histologique quelconque, c'est une chose secondaire pour M. Paget. Si c'était une altération du sang, pourquoi les femmes en seraient-elles plus souvent atteintes que les hommes? La dégénérescence de la glande mammaire et de l'utérus, à l'âge de la ménopause où il survient le plus fréquemment dans ces organes, montre que le cancer est essentiellement une dégénérescence.

Quoi qu'il en soit, la cause constitutionnelle prédomine de beaucoup les causes locales, et ce n'est pas dans un remède local qu'il faut en chercher la guérison. Nous avons échoué, s'écrie l'habile chirurgien, dans des centaines et des milliers de cas, des milliers et des milliers, pendant des années et des siècles, nous avons échoué à guérir le cancer comme maladie locale; nous ne pouvons donc espérer y parvenir que par un remède constitutionnel, comme le mercure dans la syphilis. C'est là notre seule espérance. (*British med. journ.*, mars.)

Cette opinion explicite d'un chirurgien aussi distingué montre bien le peu de crédit que l'on doit faire des recherches microscopiques sur la nature du cancer, aussi bien que de son traitement chirurgical.

MM. W. Jenner et Greenhow ont exprimé la même opinion sur la nature constitutionnelle du cancer. Mais, pour d'autres, il est primitivement local, soit dans le sang, comme le veulent MM. Moxon, Érichsen et Hutchinson; soit dans les lymphatiques, comme le soutient M. Rivington, fondé sur les expériences de Koster. Pour M. Simon, le poison cancéreux élaboré dans la tumeur primitive se distribue, comme celui du tubercule, dans les autres points du corps. Explication originale et toute mécanique de sa généralisation. Mais, à cette exception près, tous accordent qu'il existe une certaine prédisposition indéfinissable et dont on ne connaît que peu ou rien.

Avec cette concession, la différence des opinions est presque nulle, car cette prédisposition équivaut à l'origine constitutionnelle ou générale des autres. C'est donc une dispute de mots qu'il est également facile de justifier. C'est ce que le président, sir W. Gull a soutenu en montrant que ces théories sont indifférentes au traitement. Aussi, tout en

se montrant *constitutionnaliste*, n'a-t-il pas été sévère pour *localistes*. (*Lancet*, mars et avril.)

Dissémination par les lymphatiques. De même que Virchow dit dans sa *Pathologie des tumeurs*, page 52, avoir trouvé des noyaux cancéreux disséminés dans les parties déclives du péritoine, lorsqu'il existe un cancer de l'estomac, M. Lépine a signalé cette dissémination sur la plèvre dans trois cas de cancer du sein gauche, observés à la Salpêtrière. Sans généralisation aucune, il avait envahi le feuillet pariétal sous-jacent par propagation directe. Les nodosités cancéreuses étaient nombreuses, isolées et de dimension variable. Elles étaient surtout abondantes sur la plèvre diaphragmatique où elles formaient, par leur confluence, une sorte de plaque de plusieurs centimètres. La plèvre droite, les poumons et les autres organes étaient sains.

Cette dissémination locale de lésions secondaires est incompréhensible par le mode habituel de généralisation, la circulation, tandis qu'elle s'explique parfaitement par les lymphatiques. La plèvre est encore un terrain plus convaincant que le péritoine pour démontrer que les tumeurs malignes peuvent se propager par cette voie. Les récents travaux de MM. Debove et Troisier justifient surtout cette interprétation. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 18.)—Voy. Angioleucite.

Injections hypodermiques. Faites autour de la tumeur avec de l'alcool contenant une partie d'éther sulfurique pour 100, elles sont, suivant le docteur Hasse, un moyen d'oblitérer les vaisseaux lymphatiques, par lesquels se fait principalement l'infection de l'économie ; une atrophie de la tumeur en résulte aussi. La douleur est intense, mais beaucoup diminuée par des vessies de glace, et dure seulement deux heures.

Ces injections sont répétées tous les huit ou quinze jours. (*Mediz. central Zeitung*.)

Bromure de potassium. Employé topiquement avec succès contre un vaste cancroïde de la face, dont il a rapidement réprimé la saillie. Indolore et d'une innocuité complète, ce sel paraît agir en arrêtant la circulation locale. — Voy. Bromures.

M. Martineau a vu un cancer ulcéré du sein se déterger et cesser d'être douloureux par l'emploi d'une solution chloralée au 25ᵉ.

Injections substitutives après l'opération. Poursuivant sa méthode des injections interstitielles comme moyen de résolution, M. Luton (de Reims) propose d'y recourir, après l'opération du cancer, dans les ganglions ou les fongus charnus qui en annoncent la récidive. Cette proposition s'appuie sur deux seuls faits. Le premier était un papillôme cancroïdal de la langue qui ne fut pas opéré, mais cautérisé ; une injection avec 1 gramme de teinture d'iode dans un ganglion hypertrophié le fit disparaître. Dans le second, une tumeur du sein, enlevée le 17 juin 1872, ayant été suivie d'un ganglion mobile de l'aisselle, gros comme une noix, six mois après, une injection de 1 gramme de solution de chlorure de zinc au 5ᵉ le fit revenir sur lui-même et rester stationnaire jusqu'en mars 1874. On voit donc que ces faits ne sont concluants ni par la quantité, ni par la qualité. C'est une indication, et voilà tout. (*Bull. de thér.*, avril, n° 8.)

Cancer de l'estomac. D'après les recherches microscopiques du docteur Péréwerseff, faites sur quatre spécimens recueillis dans les hôpitaux de Paris, le point de départ de cette altération serait dans les glandes de la muqueuse. La néoplasie épithéliale s'enfonce dans les tissus sous-jacents par les lymphatiques accompagnant les capillaires sanguins et les veines. En se propageant ensuite par le système lymphatique indépendant, elle envahit successivement toutes les couches de la paroi de l'estomac. Les lymphatiques efférents la propagent jusqu'en dehors de l'organe aux tissus adjacents.

De magnifiques planches rendent cette origine et cette marche très-évidentes. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n° 4.)

Angioleucite pulmonaire. M. le docteur M. Raynaud a constaté nécroscopiquement cette lésion chez un homme de trente-cinq ans qui, conjointement avec une bronchite rebelle intense, accompagnée de maigreur, perte des forces, sueurs nocturnes, *sans hémoptysie*, vomissait très-fréquem-

ment quelque temps avant la mort. A l'autopsie, outre les lésions si remarquables des poumons (voy. Angioleucite), une tumeur lisse, aplatie, non ulcérée, fut trouvée dans l'estomac, dont elle occupait environ le tiers. Plusieurs coupes étudiées au microscope ne montraient que de l'hypertrophie simple des tuniques, surtout du tissu conjonctif sous-muqueux. Le râclage ne fournissait pas le moindre suc, mais un examen de la face péritonéale de l'estomac montra à M. Debove de très-petits foyers disséminés et comme perdus au milieu d'une masse uniforme de tissu conjonctif où se trouvaient des alvéoles remplies de cellules caractérisant le carcinôme. Les lymphatiques avoisinant ces alvéoles étaient gorgés de tissu semblable. Il semble donc que c'était là un commencement de carcinôme de l'estomac.

Dans un autre cas de vomissements incoërcibles pendant la grossesse et contre lesquels l'accouchement prématuré eut lieu (voy. Grossesse), on trouva encore une tumeur qui fut considérée comme une hypertrophie simple, mais qui pourrait bien aussi avoir présenté des traces de carcinôme en d'autres endroits, comme dans le cas précédent.

Cette étiologie cancéreuse de l'angioleucite pulmonaire est d'autant plus admissible que, dans les deux cas, rapportés par MM. Andral et Cruveilhier, d'injection lymphatique des poumons, il s'agissait d'un cancer utérin dans le premier, et d'encéphaloïde multiple des os dans le second. Pour M. Wagner (de Leipsig) c'est même là un cancer des vaisseaux lymphatiques. On trouve, en effet, le cancer disséminé en plusieurs points dans les quatre observations d'angioleucite pulmonaire qu'il rapporte. Enfin, M. Troisier a observé cette curieuse affection des poumons sur un sujet mort d'un cancer végétant du pylore. Malheureusement le docteur Moxon n'a pas examiné l'estomac de la jeune fille morte à l'hôpital Guy, et qui lui offrit un exemple remarquable d'angioleucite généralisée du poumon gauche. On peut donc lui supposer une origine cancéreuse, puisque, huit fois sur dix, le cancer de l'estomac, du poumon ou d'autres organes, s'est rencontré avec l'angioleucite pulmonaire généralisée. (*Soc. méd. des hôpit.*, mars, et *Union méd.*, n°s 55 et 56.)

Délire par inanition. J'ai eu l'occasion, cette année, d'ob-

server à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy, dit M. Hanot, trois malades atteints de cancer stomacal, et qui tous trois ont succombé dans des circonstances analogues.

Le premier malade, homme de cinquante-cinq ans, ne prit guère, pendant les trois dernières semaines de sa vie, que quelques cuillerées de bouillon par jour. Le second, âgé de soixante-deux ans, subit une égale privation d'aliments pendant un mois; il en fut de même pour une femme de quarante-huit ans.

Chez ces trois malades, arrivés au dernier degré du marasme, on observa, pendant la période qui vient d'être signalée, un abaissement progressif de la température, qui, dans le premier cas, descendit jusqu'à 35 degrés, et dans les deux autres jusqu'à 34 degrés. Ces malades, pendant les dix derniers jours environ, présentèrent des troubles intellectuels très-comparables. Leur physionomie avait un air très-frappant de satisfaction niaise, d'hébétude.

Le premier malade faisait jouer, avec sa cuiller et sa fourchette, des morceaux de pain qu'il cachait sous son oreiller. Puis il retombait pour plusieurs heures dans un assoupissement profond. Plusieurs fois on le surprit se livrant à l'onanisme.

Le second malade, dès qu'il sortait de sa torpeur, souriait constamment d'une façon stupide. La femme, quand elle était éveillée, avait également une expression de béatitude profonde. Elle sifflait, agitait ses doigts en cadences variées, riait aux éclats ou restait, plus ou moins longtemps, les mains jointes, comme en extase.

Ce délire, chez les malades mourant d'inanition, avec une température basse, me semble présenter une assez grande analogie avec le délire observé par différents auteurs, Larrey entre autres, chez les individus qui succombent lentement au froid, et qui, selon l'expression de Larrey, sont frappés d'une sorte « d'idiotie ».

Ce rapprochement m'a paru assez intéressant à faire, sans que j'en veuille tirer aucune conclusion, si ce n'est peut-être que c'est là encore une preuve que la *forme* du délire est souvent subordonnée aux différentes conditions morbides de l'organisme. (*Progrès méd.*)

Cancer utérin. *Oblitération des uretères.* Deux nouvelles au-

topsies, rapportées par MM. Liouville et Carpentier-Méricourt à la *Société anatomique*, confirment l'opinion émise par MM. Wannebroucq et Lasègue, que la mort survient par urémie, résultat de l'oblitération des uretères par la tumeur cancéreuse. L'abaissement de la température en est un signe. Il y a aussi suppression de l'urine, et l'urée est éliminée alors en partie par les vomissements. De là l'absence de coma et de convulsions que sa rétention dans l'économie ne manque pas de provoquer. (Février.)

Colotomie. Telle est la facilité avec laquelle les chirurgiens anglais et américains pratiquent cette opération (voy. *année* 1873), qu'ils n'hésitent pas à l'exécuter pour vaincre la constipation résultant de certaines tumeurs volumineuses de l'utérus. Le docteur Packard l'a ainsi faite, le 7 février, sur une femme de quarante-neuf ans, atteinte d'une tumeur si volumineuse de l'utérus qu'elle opposait un obstacle mécanique considérable à la défécation. La colotomie fut proposée et acceptée comme simple palliatif.

Quinze semaines après, l'opérée, délivrée de sa constipation opiniâtre et des douleurs qui en étaient la conséquence, était dans de meilleures conditions, et pouvait se promener en voiture tous les jours, malgré les progrès du cancer.

Des trois malades ayant subi la colotomie dans des conditions semblables, la mort était survenue douze jours après dans le premier cas, dix-huit jours dans le second, et trois mois dans le dernier. Celui-ci est donc jusqu'ici le plus favorable. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet.)

Chloral. M. le docteur C. Paul a calmé les douleurs intenses du cancer de l'utérus en introduisant le soir dans le rectum des suppositoires d'hydrate de chloral préparés comme suit :

℞ Beurre de cacao	11	grammes.
Cire blanche	7	—
Hydrate de chloral	6	—

F. s. a. 6 suppositoires.

Des malades ont pu dormir, à l'aide de ce moyen topique, qui n'avaient pu être calmées avec des doses considérables de morphine. L'odeur de l'écoulement en est aussi heureu-

sement modifiée. Les pansements des plaies cancéreuses du sein et ailleurs avec une solution de chloral font également disparaître la fétidité de l'écoulement. (*Soc. de thér.*, janvier.)

M. Giordano a aussi employé l'injection suivante deux fois par jour :

℞ Acide sulfurique	10 grammes.
Eau distillée	400	—

Mêlez.

La femme étant couchée sur le dos, et le bassin plus élevé que le thorax, on introduit un spéculum de verre, et l'on y verse une cuillerée de la solution acide, qu'on maintient en contact avec l'ulcération cancéreuse pendant cinq à six minutes, puis on la remplace par de l'eau. Sous l'influence de ce traitement, les hémorrhagies sont plus rares et moins graves, et la marche du cancer se trouve retardée.

Cancer du rectum. — Voy. Rectum.

CANTHARIDES. *Dilatation des pupilles.* Des recherches expérimentales ont montré à M. Galippe qu'en outre des vomissements et de la diarrhée, d'une urine sanguinolente accusant une inflammation plus ou moins vive avec hémorrhagie de l'estomac, du foie, des reins et de la vessie, dans l'intoxication cantharidienne, il y avait une dilatation de la pupille avec diminution de sa sensibilité. Il l'a vue survenir également après l'application des vésicatoires (*Soc. de biol.*, juillet). C'est donc là un nouveau signe précieux pour confirmer l'absorption des cantharides.

CATARACTE. Aux États-Unis, comme en France, on s'est beaucoup occupé de la cataracte, en 1873, et de ses divers procédés d'extraction ; les *Transactions of the American ophthalmological Society* en offrent la preuve (un volume in-8° de 112 pages, New-York, 1873). Le docteur Knapp en a relaté 114 cas avec leurs résultats différentiels, selon les méthodes de de Graefe, Weber et Lebrun ; le docteur Williams (de Boston) en a rapporté 25, opérés par un lambeau médian, suivant la méthode de Lebrun et de Liebreich, et les

docteurs Derby et Green ont résumé et comparé les résultats obtenus selon les divers procédés. Mais tous ces travaux, présentés et discutés dans une société spéciale, sont loin d'offrir l'intérêt et la valeur de la discussion soulevée à la Société de chirurgie, et dans la presse française et belge, par la nouvelle modification de M. Notta (voy. *année* 1873). De part et d'autre, on cherche, on tente des modifications aux procédés adoptés, malgré l'optimisme allemand, en vue de perfectionnements rendus nécessaires dans les résultats obtenus. Les Américains se préparent spécialement à cet effet pour le Congrès ophthalmologique qui doit avoir lieu en 1876.

Modification. Au lieu du kystitome qui, malgré ses perfectionnements, expose à la luxation du cristallin et à la sortie du corps vitré, M. Galezowski emploie le couteau étroit de de Graefe, qu'il plonge dans la chambre antérieure. Il fait la discision de la capsule et termine l'incision de la cornée avant que la chambre antérieure soit vide. Sur plus de soixante-quinze opérations, il n'a eu aucun accident. Avec une large discision de la capsule, on a plus de chances d'éviter les cataractes secondaires. (*Soc. de chirurg.*, juillet.)

Depuis plus de deux ans, M. Gayet emploie ce procédé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, comme l'établit le *Lyon médical* du 16 février 1873. La priorité lui en revient donc.

Mémoire sur l'extraction linéaire externe, simple et combinée, de la cataracte, présenté à l'Académie des sciences le 1er octobre 1874 par le docteur Raphaël Castorani, professeur d'ophthalmologie à l'Uuniversité de Naples, etc., etc. Brochure grand in-8° de 106 pages ; librairie *Germer Baillière,* Paris.

Cette méthode est basée sur l'observation faite par l'auteur que l'inflammation, comme le ramollissement et l'opacité, l'ulcération même de la cornée, résultent ordinairement des sécrétions morbides de la conjonctive et que cette imbibition ne se fait que rarement à la partie externe. Cette découverte, proclamée dès 1850, l'a conduit à pratiquer ainsi l'incision linéaire de la cornée à sa partie externe, soit simple, soit combinée avec l'iridectomie, pour éviter plus sûrement les complications consécutives.

C'est le manuel opératoire de ce procédé et les instruments spéciaux qui lui servent à cet effet que l'ophthalmologiste italien a décrits et figurés dans ce travail. Il y joint surtout les résultats obtenus dans 391 opérations, pratiquées de 1865 à 1872, et se résumant ainsi :

Succès opératoires	365
Insuccès complets et irrémédiables	26

Or, si l'on remarque que 260 fois la cataracte a été opérée sur les deux yeux et 131 fois seulement sur un seul, pour des cataractes de toute sorte et la plupart à l'hôpital, sur des individus de tout âge et non dans les meilleures conditions, on reconnaîtra que c'est là un fort beau résultat. Et comme il repose sur des observations concises, mais authentiques, avec le détail des accidents et des complications, on peut l'accepter comme l'expression exacte de la vérité. A tous ces titres, ce travail mérite donc d'être consulté.

CAUSTIQUES. *Nouveau mode.* Après avoir cautérisé avec le nitrate d'argent, passez immédiatement sur l'eschare blanche une plaque de zinc métallique. L'eschare devient aussitôt noire et s'indure, puis tombe en vingt-quatre à soixante-douze heures, et laisse une plaie vive dont la cicatrisation est des plus rapides.

Les meilleurs résultats sont obtenus de cette nouvelle cautérisation, suivant le docteur Thores, sur les ulcères rebelles, les granulations du col, le cancer, l'ongle incarné, les fissures anales, etc.

Le métachloral est employé dans les mêmes circonstances. — Voy. CHLORAL.

Rayons solaires comme escharotiques. Depuis plusieurs années, le docteur Goodwin emploie les rayons concentrés du soleil pour la destruction des nævi et autres excroissances de la peau. Il a détruit de cette manière des chancres et des condylomes de nature syphilitique. Une lentille convexe double, de deux pouces et demi de diamètre, lui sert, à cet effet, à une distance focale de dix pouces environ. C'est, d'après lui, un caustique efficace : aucun ne laisse d'aussi faibles traces. Il ne produit jamais d'hé-

morrhagie ni de douleur excessive, et est rarement suivi de suppuration. (*Med. and surg. Reporter.*)

CÉCITÉ SUBITE. Étiologie. Fondé sur les nouvelles recherches anatomiques des Allemands Schwalbe, Manz et Schmidt sur la découverte de l'espace sous-vaginal lymphatique, communiquant avec la cavité arachnoïdienne, M. le docteur Abadie rapporte plusieurs cas de cécité subite paraissant due à des hémorrhagies crâniennes ayant fusé dans cet espace vaginal. Cette lésion se traduit, à l'examen ophthalmoscopique, par une tache noirâtre circulaire, en apparence de nature pigmentaire, bordant comme un anneau le pourtour de la papille. Observée par Knapp, elle a été constatée par M. Abadie chez une fille de vingt-trois ans comme le résultat d'une hémorrhagie cérébrale spontanée. Hutchinson l'a constatée de même à la suite d'un violent traumatisme de la région sourcilière gauche.

Ce sont donc là des faits cliniques importants en faveur de cette nouvelle interprétation. Ce n'est pas qu'il paraisse facile de remédier à cette lésion. Il faudrait pour cela aller à la recherche du nerf optique et en inciser la gaîne externe. Mais la vérité a toujours des avantages, et cette découverte, si elle se justifie, ne fera plus attribuer tous ces cas de cécité subite à des atrophies optiques, à des amauroses, qui ne laissent aucun espoir de guérison. (*Union méd.*, nos 15 et 16.)

Embolies transitoires. Quinze cas de cécité subite sont rapportés par M. le docteur Mauthner avec rétablissement soudain et spontané de la vue dans quelques-uns. Un examen ophthalmoscopique lui montra, dans un cas une anémie complète des artères de la rétine produite par une embolie Mais la cécité disparut aussi subitement et il trouva de nouveau les artères dans un état parfaitement normal.

Ce résultat ne peut évidemment pas être attribué à la fragmentation de l'embolus ni à son absorption.

L'auteur l'explique par la migration de l'embolus qui, arrêté sur l'éperon de l'artère ophthalmique à sa bifurcation avec l'artère centrale de la rétine, fermerait le conduit de celle-ci tout en siégeant principalement dans la première. La force du courant sanguin dans l'ophthalmique

peut donc bien le charrier ; la portion faisant saillie dans l'artère rétinienne disparaît ainsi subitement et la vue se rétablit. (*Stricker's mediz. Jahrb.*, n° 11, 1873.)

Le docteur Loring doute que ces cas de cécité subite puissent être réellement rapportés à l'embolie ; il en explique autrement le mécanisme. (*Amer. Journ. of med. sciences*, avril et juillet.)

Opacité du corps vitré. Conformément à sa doctrine émise dès 1872 que l'usage des courants faibles et permanents peut être substitué avantageusement à l'emploi des courants énergiques et temporaires, M. L. Le Fort a appliqué cette méthode sur deux malades atteints d'opacité du corps vitré. Traités, l'un à Lariboisière en 1872, l'autre à Beaujon en 1874, ils ont tous deux recouvré complétement la vue en cinq à six semaines par l'usage d'un courant de deux éléments appliqué d'abord d'une manière permanente, puis seulement la nuit. Les rhéophores étaient placés sur les tempes.

Appliquée de la même manière par un de ses internes, cette méthode a amené une amélioration rapide qui paraissait devoir être suivie d'une guérison complète. (*Acad. de méd.*, juillet.)

CÉPHALÆMATOME. *Ponction aspiratrice.* Au lieu de l'expectation qui entraîne une résorption toujours lente et longue du sang épanché et laisse la perforation des parois toujours possible, M. Laroyenne, chirurgien de la Charité de Lyon, a eu recours à la ponction ; mais non la ponction simple comme on l'employait autrefois, car elle avait le dangereux inconvénient, comme la perforation spontanée, de mettre le foyer en communication avec l'air extérieur. Elle ne vidait jamais complétement la poche du sang plus ou moins poisseux qui la remplit et l'adhésion des deux surfaces était ainsi empêchée.

Mettant à profit les nouveaux instruments aspirateurs, M. Laroyenne a employé la ponction aspiratrice avec le trocart capillaire chez huit petits enfants, avec la plus parfaite simplicité et sans aucun retentissement sur leur économie. La ponction faite et le sang aspiré, on voit la peau s'appliquer sur la paroi du crâne et constituer en ce point une

dépression très-manifeste. Un tampon d'ouate est fixé par des bandelettes de diachylon sur le siége de la tumeur, et, quinze jours après, en enlevant l'appareil, on constate la complète disparition pour toujours de la collection hématique.

Ce même traitement a été appliqué avec le même succès à deux tumeurs sanguines sous-péricrâniennes traumatiques, siégeant dans la région fronto-pariétale ; l'une sur un enfant de deux ans et demi, l'autre sur un enfant de quatre ans. Une particularité symptomatique les différenciait du céphalæmatome du nouveau-né. La suture fronto-pariétale n'avait pas empêché le périoste d'être décollé à son niveau, et le bourrelet osseux passait du frontal au pariétal sans interruption, comme s'il se fût agi d'une encéphalocèle.

L'examen comparatif fait à l'amphithéâtre des crânes des nouveau-nés et de ceux d'enfants aux différents âges, rend bien compte de cette particularité. Le péricrâne devient de moins en moins adhérent à sa membrane suturale à mesure que l'enfant est plus éloigné de sa naissance, et c'est ainsi que le bourrelet qui circonscrit les hématomes sous péricrâniens, limité par les sutures chez les nouveau-nés, passe par-dessus chez les enfants plus âgés comme chez les adultes, aussi bien que dans les abcès. (*Lyon méd.*, n° 15.)

CERVEAU. *Localisation de ses fonctions.* La plupart des fonctions connues de ce centre mystérieux ont été découvertes par l'observation directe de l'homme malade, éclairée par les recherches et les lésions anatomo-pathologiques, et vérifiées, contrôlées ensuite par des expériences sur les animaux. C'est la méthode française. Cette voie lente est au moins sûre et profite à la fois à la physiologie, à la pathologie, et la thérapeutique même en reçoit parfois de précieuses indications ; aussi sont-elles bien établies et définitivement acquises. Si les vivisections de Bell et Magendie ont amené la découverte des fibres motrices et sensitives de la moelle épinière, c'est que cet organe est bien plus accessible aux moyens d'exploration que les différents centres nerveux de l'encéphale. Mais l'impatience de faire des découvertes et la mode croissante des vivisections sur les animaux inférieurs y ont aussi fait porter la main. Flourens,

Longet et Brown-Séquard furent des premiers, mais l'histologie des éléments nerveux manquant alors empêchait de rendre ces expériences fructueuses. Meynert en Allemagne, Luys en France, Dunn, Todd et Carpenter en Angleterre, en éclairant ce sujet, ont permis de mieux chercher à localiser ces diverses fonctions dans certaines parties bien définies et déterminées, et c'est ainsi que, dans ces dernières années surtout, une grande impulsion a été donnée à ces travaux.

Deux méthodes sont employées à cet effet : l'électrisation des hémisphères et des parties centrales en enlevant la voûte crânienne d'animaux anesthésiés et la piqûre d'une partie déterminée avec la seringue de Pravaz après la trépanation préalable du crâne. La première paraît avoir été imaginée et inaugurée par Fritsch et Hitzig en 1870. A l'aide du courant galvanique continu, qu'ils prétendent avoir localisé, ils ont décrit certains groupes de circonvolutions du lobe antérieur du cerveau dont l'électrisation détermine infailliblement des mouvements coordonnés de la patte antérieure du côté opposé (*Archives de du Bois-Reymond*, 1870). C'était l'invalidation absolue de cette loi établie et contrôlée par les physiologistes français surtout, Magendie et Flourens entre autres, que la surface des hémisphères cérébraux peut être piquée, coupée, enlevée même, sans provoquer aucun mouvement sensible. O victoire !

Tandis que MM. Beaunis et E. Fournié en France se disputaient la priorité de la seconde méthode (voy. PHYSIOLOGIE, 1872), M. Nothnagel en publiait les résultats (*Centralblatt für die mediz. Wissenschaft*). Or, rien de nouveau sur les facultés des circonvolutions cérébrales ne s'en détache. Par ses injections caustiques dans la couche corticale périphérique des hémisphères du chien, M. E. Fournié a bien constaté tout d'abord une période d'excitation poussant l'animal à marcher, à courir en avant, de côté ou en cercle, mais il attribue simplement cet effet à l'excitation du caustique, de même que la prostration consécutive, la paralysie même à son action destructive. Il voit là l'image des phénomènes d'une méningite profonde suraiguë et nullement une faculté motrice.

Ces différences tiennent-elles à la diversité de la méthode employée et à leur valeur relative? Suivant M. Dupuy, celle

des injections est dénuée absolument de toute base scientifique par l'inconvénient de causer des troubles par irritation de voisinage et aussi parce que le liquide se répand dans la plaie. Mais nous verrons plus tard que l'électrisation, si bien faite qu'elle soit, n'est pas exempte de cette diffusion. Voyons donc les résultats obtenus par les expérimentateurs dans leur préférence à employer cette dernière.

Dans le but de contrôler l'identité pathologique de l'épilepsie et de la chorée, soutenue par M. Hucklings-Jackson, M. le professeur Ferrier (de Londres) a soumis trente cochons d'Inde, lapins, chats et chiens à l'électrisation de courants induits très-faibles dans le laboratoire pathologique de l'asile *West-Riding*. Après avoir enlevé la voûte crânienne et la dure-mère correspondante d'un hémisphère, l'animal étant anesthésié incomplétement avec le chloroforme ou l'éther, il applique successivement deux petits électrodes en fil de cuivre, parfaitement isolés, sur une des circonvolutions cérébrales du lobe antérieur ou sur les endroits correspondant à des circonvolutions des hémisphères qui en sont privés. Toujours, il a provoqué ainsi des mouvements visibles du pied, de l'épaule, de l'oreille, de la bouche, de l'œil, de la tête, etc. Il établit bien que l'excitation de la substance cérébrale par l'électricité détermine une hypérémie fonctionnelle à l'endroit irrité ; mais il n'attribue pas, comme M. Fournié, les mouvements à cette excitation. Tout en admettant avec lui que les circonvolutions antérieures sont le siége actif des manifestations de l'intelligence, il conclut aussi qu'elles sont motrices ; que chacune est un centre séparé et distinct, et que dans certains groupes sont localisés les centres des mouvements distincts des paupières, de la face, de la bouche, de la langue, de l'oreille, du cou, de la main, du pied et de la queue. Ils varient selon les habitudes de l'animal ; ainsi les centres de la queue chez le chien, de la patte chez le chat, des lèvres chez le lapin, sont très-différents les uns des autres.

Sauf de rares exceptions, cette action motrice est croisée. L'épilepsie et la chorée seraient ainsi produites uniformément par des lésions de ces centres moteurs des circonvolutions. Elles peuvent même être artificiellement produites et limitées à un seul muscle ou groupe de muscles, avec écume à la bouche, morsure de la langue et perte de con-

naissance. Règle générale, elles débutent toujours ainsi par les muscles les plus usités dans les mouvements volontaires.

Les corps striés ont aussi, d'après ces expériences, une action motrice croisée. Une excitation puissante de l'un d'eux détermine un pleurosthotonos excessif avec prédominance des muscles fléchisseurs sur les extenseurs.

Les couches optiques, la faux, l'hippocampe et les circonvolutions d'alentour n'ont point d'action motrice.

Les lobes optiques ou corps quadrijumeaux président aux fonctions et aux mouvements de l'iris. Ils sont les centres d'innervation des muscles extenseurs de la tête, du tronc et des jambes. L'irritation de ces centres détermine de l'opisthotonos rigide et du trismus.

Le cervelet est le centre coordinateur des muscles de l'œil. Chaque lobule séparé, chez le lapin, est un centre distinct pour les changements de l'axe visuel. Le nystagmus ou l'oscillation des globes oculaires est une affection épileptiforme de ces centres cérébelleux.

Ces résultats expliqueraient beaucoup de symptômes, jusqu'ici obscurs, des affections cérébrales, et permettraient de localiser avec plus de certitude plusieurs formes de lésions cérébrales. Les circonvolutions antérieures des hémisphères, au lieu d'être exclusivement le siége des opérations intellectuelles, seraient ainsi en grande partie le siége des mouvements musculaires qui peuvent être provoqués par la volonté comme par l'électricité. Le cervelet, dont les fonctions sont encore si peu connues, serait, d'après les mêmes expériences, le centre moteur des muscles oculaires.

Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales, par le docteur Ferrier, professeur de médecine légale au *King's College* de Londres, etc., traduit par Duret, interne des hôpitaux. In-8° avec figures, Paris.

Mais tous ces résultats étaient à peine proclamés à l'*Association médicale britannique* en 1873 et publiés dans les *Reports* de l'asile du *West-Riding* (vol. III, 1873, et *British med. Journ.*, n°s 643 et 678), que des objections, des contradictions, surgissaient en deçà du détroit. M. E. Dupuy, en répétant ces expériences sur un chien, avec le courant faradique, réussit très-bien à produire la contraction de tous

es muscles de l'épaule et de la patte du côté opposé aux circonvolutions placées au-dessus et en avant de la scissure de Sylvius où portaient les électrodes. Mais il n'a jamais pu obtenir la projection de la langue, ni des mouvements des paupières signalés par M. Ferrier.

Les chiens étant éthérisés incomplétement, il a pu observer, lorsqu'ils revenaient à eux, des secousses en bloc de masses musculaires que M. Ferrier assimile à la chorée. Il a même produit, sur des cobayes, une véritable attaque d'opisthotonos en appliquant les électrodes sur deux points symétriques de la partie moyenne des hémisphères ; mais jamais de véritable attaque d'épilepsie comme celle que Brown-Séquard détermine chez ces animaux par certaine lésion nerveuse. Les chiens, susceptibles de chorée, n'en ont pas plus présenté les véritables phénomènes. C'est de la tétanisation que M. Ferrier a pris pour de la chorée.

La localisation de l'épilepsie et de la chorée dans la couche corticale du cerveau n'est donc pas soutenable. Émise en 1866 par Wilks et Hucklings-Jackson, la même idée se retrouve dans le mémoire de Boucher et Cazauvieilh en 1825 dans les *Archives de médecine*. Elle n'a donc rien de nouveau, ni de probable.

La motricité exclusive de la couche corticale antérieure n'est pas plus soutenable, car l'électrisation de la partie postérieure des hémisphères a donné des contractions musculaires bien évidentes dans la plupart des expériences de M. Dupuy. Par contre, il a enlevé sur un chien toute la face supérieure d'un hémisphère cérébral, ce qui n'a pas empêché l'animal de vivre quatre jours sans paralysie appréciable. Il marchait sans tirer la patte, mangeait et aboyait quand on l'irritait.

Dire que chaque groupe de circonvolutions cérébrales est un centre d'innervation pour les nerfs moteurs ou sensitifs d'un territoire quelconque n'est donc pas une doctrine soutenable. Les contractions musculaires et les paralysies observées chez les épileptiques ne peuvent être attribuées exclusivement aux lésions de la surface corticale, suivant l'hypothèse d'Hucklings-Jackson, car les autopsies ont montré des lésions partout ailleurs. Brown-Séquard a même déterminé l'épilepsie chez des cobayes privés de masse encéphalique.

Si donc il est possible, d'après les expériences de contrôle de M. Dupuy, de faire naître des contractions dans tout un membre, et notamment le membre antérieur du côté opposé à l'irritation limitée de la couche corticale, il est probable que c'est par la propagation du courant électrique jusqu'à la base du cerveau, qui excite, soit les nerfs qui en naissent, soit la base elle-même ou le bulbe. Les contractions à travers la dure-mère et celles de la grenouille galvanoscopique, quand son nerf touchait à un endroit de la masse cérébrale, loin du lieu excité, confirment cette propagation du courant électrique.

Faire aussi du cervelet le centre coordinateur des muscles de l'œil et de chaque lobule un centre distinct pour les axes visuels, est également insoutenable. Sans tenir compte des diverses opinions à cet égard, il est remarquable de rappeler que, dès 1862, MM. Olivier et Leven ont montré, dans un mémoire, que les lésions de cet organe donnent toute espèce de troubles oculaires. M. Dupuy, en en faisant l'ablation entière avec soin, a pu constater qu'elle n'est suivie d'aucun trouble visuel et que la diminution de force en résultant est simplement produite par la perte de sang. (*Examen de quelques points de la physiologie du cerveau*, thèse inaugurale ; Paris, décembre 1873.)

D'où l'impossibilité de limiter, de circonscrire rationnellement les fonctions cérébrales. Il y a là des effets réflexes sur des centres moteurs et sensitifs qui paraissent rendre toute explication impossible. Les contradictions des expérimentateurs, et même des histologistes entre eux, sur ce sujet ne le prouvent que trop. Si la science prescrit de ne pas s'arrêter dans la recherche de la vérité, elle commande aussi d'être plus circonspect que ne l'a été M. Ferrier.

En répétant ces expériences avec des courants induits très-limités sur des lapins et des chiens, MM. Carville et Duret ont également reproduit les mouvements indiqués par M. Ferrier, mais pour démontrer aussitôt que c'est par la propagation, la diffusion directe du courant sur la superficie et dans la profondeur même du cerveau que ces mouvements divers sont produits et non par action réflexe comme le soutient M. Dupuy. Un galvanomètre très-sensible, dit *appareil récepteur*, a servi à montrer cette propagation d'a-

bord sur le cerveau frais d'animaux morts quelques heures auparavant, puis sur celui d'animaux vivants anesthésiés profondément au moyen des injections veineuses de hautes doses d'hydrate de chloral. — Voy. Anesthésie.

Le récepteur placé à une distance de 1 à 5 centimètres du point excité de la circonvolution du lobe frontal, il y a une déviation du galvanomètre de 4 à 40 degrés pour une application de deux à dix secondes de durée du courant, selon que l'on en rapprochait plus ou moins l'excitateur. Elle était de 10 degrés en le plaçant à 5 ou 6 centimètres. La propagation directe en surface est ainsi rendue évidente comme avec la grenouille galvanoscopique.

Enfoncé de 2 à 20 millimètres de profondeur, le récepteur donne également une déviation marquée. Le courant se propage donc aussi en profondeur, et plus ou moins suivant la direction des principaux faisceaux blancs des hémisphères.

Faites sur des animaux profondément anesthésiés pendant trois, quatre et six heures, ce qui permet bien mieux qu'avec une éthérisation incomplète de juger de la réalité des mouvements, ces expériences ont témoigné de même de la diffusion superficielle du courant, de deux manières : par la substance nerveuse et par les liquides, sang et sérosité qui baignent la surface. Ces liquides diffusent le courant dans tous les sens, tellement que le récepteur n'en peut recueillir qu'une très-faible quantité. A l'état sec, au contraire, ce même récepteur accuse une déviation de 25 à 40 degrés en plus. Tandis que si le sang ruisselait, le muscle temporal sectionné se contractait fortement et faisait fermer les mâchoires, alors que l'excitateur était placé sur les circonvolutions à 3 ou 4 centimètres au-dessus, ce muscle se contractait à peine lorsque la surface était sèche. Elle était même nulle par l'interposition d'une lame de verre placée de champ entre l'excitateur et le muscle et empêchant les liquides et le courant de passer. Enfoncé dans la pulpe cérébrale, le récepteur donne aussi une déviation variable de 2 à 25 degrés au galvanomètre, suivant le plus ou moins de profondeur de l'appareil. On ne peut donc pas faire une démonstration plus claire et complète de la diffusion du courant induit et de son action directe sur les mouvements localisés, bien à tort, dans les circonvolutions par les expérimentateurs allemands et anglais.

C'est ainsi que la rotation de la tête du côté opposé par l'excitation des régions postérieures des deuxième et troisième circonvolutions externes est manifestement l'effet de la diffusion du courant par les liquides, de même que la contraction violente des muscles des mâchoires, quand les pôles sont en avant de la scissure de Sylvius, c'est-à-dire près des temporaux et des masséters sectionnés. L'interposition de la lame de verre suffisait à faire cesser aussitôt ces mouvements et bien d'autres. L'électrisation, à l'état sec, de la surface encéphalique, corrobore cette démonstration : les extrémités digitales seules s'agitent à l'excitation de la partie antérieure de la circonvolution externe supérieure. En portant les électrodes un peu plus en arrière, il y a des mouvements faibles de la patte postérieure du côté opposé, et dans la paupière et la commissure labiale en les plaçant en avant de la scissure de Sylvius.

Restait donc à démontrer que ces derniers mouvements résultaient de la transmission directe du courant en profondeur aux ganglions et aux pédoncules cérébraux. L'examen, sur un cerveau durci, de la situation des électrodes en les montrant rapprochés du noyau ventriculaire du corps strié, suffit à les expliquer. Enfoncez ou retirez graduellement les aiguilles et vous augmentez ou diminuez à volonté ces mouvements, tout en restant au même point de la circonvolution. C'est donc bien à l'action diffuse du courant, sur les corps striés et les pédoncules cérébraux, que ces mouvements sont dus, et non à la couche corticale des circonvolutions. En effet, on les obtient de même au maximum après avoir enlevé avec le dos d'un scalpel la couche grise et en électrisant directement la substance blanche sous-jacente. La preuve est donc péremptoire et les centres moteurs de M. Ferrier sont purement imaginaires ; c'est pourquoi l'électrisation de la partie postérieure des hémisphères n'a jamais produit aucun mouvement.

Une autre preuve de cette action directe du courant en profondeur sur les corps striés est l'absence de tout mouvement par l'électrisation quand l'anesthésie est complète, absolue ; car il est généralement admis que les anesthésiques paralysent spécialement le bulbe et les noyaux gris de la base. Si elle était d'ordre réflexe, comme l'admettent MM. Schiff et Dupuy, un circuit complet du courant serait

indispensable pour qu'elle se produise. Or le point de départ manque ici, puisque la surface des hémisphères est complétement insensible. Et comme les centres moteurs manquent de même, force est bien de les chercher où la physiologie les a placés depuis longtemps. On sait en effet que les anesthésiques agissent surtout sur le bulbe dont ils paralysent les fonctions. Une forte excitabilité est nécessaire pour les rétablir. De là l'utilité des forts courants contre la chloroformisation mortelle. Or, il suffit ici encore d'augmenter la force des courants, pour voir graduellement reparaître les mouvements. Si MM. Fritsch, Hitzig et Ferrier les ont toujours obtenus, c'est que leurs animaux n'étaient jamais anesthésiés qu'incomplétement. (*Soc. de biologie*, décembre 1873 et janvier.)

Il est ainsi bien démontré que la couche périphérique des hémisphères est inexcitable, comme on l'admettait, et ne contient point de centres moteurs spéciaux, comme des expérimentateurs allemands et anglais croyaient l'avoir découvert et le proclamaient bien haut. Cela montre le crédit qu'il faut avoir dans la rigueur de leurs expériences et leurs interprétations. Évidemment, ce qu'ils annonçaient comme une grande découverte n'est qu'une grossière méprise, et c'est un grand honneur pour les jeunes expérimentateurs français, MM. Carville et Duret en particulier, de l'avoir démontré sans réplique.

Dans un nouveau mémoire sur ce sujet (*Physiologie et pathologie cérébrales*, avril 1874), M. Hitzig a surtout pour but de contredire la généralisation des mouvements constatés par M. Ferrier et de maintenir rigoureusement ses localisations fixes, limitées des centres moteurs. Ces localisations sont telles, d'après lui, que, dans l'étroit espace de 9 millimètres carrés, se trouvent, chez le singe, cinq centres différents, donnant lieu à des mouvements distincts, séparés. Ce centre des centres est à 3 millimètres seulement de la ligne médiane.

Quant à réfuter les objections soulevées par les résultats des expérimentateurs français, qui s'adressaient exclusivement aux expériences de M. Ferrier, l'auteur allemand dédaigne de le faire et dit seulement qu'il ne répondra pas ; que les expériences ne sont pas contradictoires. Démontrer la

diffusion généralisée de l'électrisation, comme MM. Carville et Duret l'ont fait, ce n'est pas, en effet, contredire, c'est infirmer complétement; c'est détruire, par la base, tout un édifice minutieux, laborieusement élevé, comme un fort redoutable, contre les travaux français.

Afin de contrôler ces expériences et juger sans doute en dernier ressort, M. le docteur Barthølow les a répétées sur une fille de trente ans, faible d'esprit, qu'il avait dans son service pour un épithélioma étendu du cuir chevelu ayant corrodé, détruit les bords postéro-supérieurs des pariétaux et mis la dure-mère à nu dans une étendue de deux pouces de diamètre. Les pulsations du cerveau étaient visibles. Tandis que les granulations de l'ulcère étaient douloureuses au toucher, la dure-mère restait insensible au courant faradique; contradiction avec le résultat obtenu par Hitzig et Ferrier et que celui-ci attribue à l'état pathologique de cette membrane dans ce dernier cas. Aucune douleur ne fut également perçue dans la substance cérébrale dont l'irritation mécanique ne produisit ni mouvement ni douleur dans les extrémités.

Deux aiguilles ayant été enfoncées dans le côté gauche des lobes postérieurs et un courant galvanique établi entre elles, des contractions musculaires se manifestèrent à droite; le bras fut porté en dehors, les doigts étendus et la jambe projetée en avant. Les muscles du cou furent mis en action et la tête fléchie fortement à droite. Les mêmes phénomènes eurent lieu à gauche en électrisant le côté droit. Il y eut même contraction de l'orbiculaire et dilatation de la pupille à droite en électrisant de nouveau le côté gauche. Marie se plaignait de fourmillements très-forts et désagréables dans les extrémités, surtout dans le bras droit qu'elle saisit avec la main gauche en le frottant vigoureusement.

Ayant répété l'expérience sur l'hémisphère droit, avec un courant plus intense, la malade eut une expression anxieuse et elle cria. La main gauche s'étendit comme pour saisir quelque chose, des spasmes cloniques agitèrent le bras; les yeux devinrent fixes avec les pupilles dilatées, les lèvres bleuirent, la respiration devint stertoreuse, elle perdit connaissance et fut violemment convulsée de tout le côté gauche. Après cinq minutes de durée, cette convulsion fut suivie de coma. La connaissance ne revint que vingt mi-

nutes après avec un sentiment de faiblesse et de vertige.

Une autre expérience semblable, avec des courants moins forts, renouvela exactement les mêmes phénomènes sans aller jusqu'à la convulsion. Enfin l'expérimentation allait être renouvelée deux jours après, quand un accès choréo-épileptiforme survint et en fit remettre l'exécution. Mais l'état s'empira, il y eut du délire, puis un accès convulsif de tout le côté droit, bientôt suivi de paralysie du mouvement et du sentiment. La mort survint le lendemain, c'est-à-dire cinq à six jours après le début des expériences.

L'autopsie montra une nappe de pus gris jaunâtre sur l'hémisphère gauche avec vascularisation générale et thrombus dans le sinus longitudinal au centre de l'ulcère. Aucune trace apparente des piqûres, mais leur siége fut aisément fixé par le durcissement du cerveau dans le lobule postéro-pariétal, à une profondeur d'un pouce et à égale distance de la fissure longitudinale gauche, c'est-à-dire un peu plus rapprochée que du côté droit. (*Amer. Journ. of the med. sciences*, avril.)

Pour M. Ferrier, les points piqués étant homologues avec la région du cerveau des singes où il a fixé le centre moteur des pattes, ces expériences sont une confirmation de sa découverte. Sans tenir compte de la propagation, de la diffusion du courant, surtout à la profondeur des aiguilles poussées par M. Bartholow, il fixe ce siége, pour les bras et les mains, dans la circonvolution pariétale et ascendante et à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante, en avant de la fissure de Rolando. Il explique ainsi tous les résultats obtenus et jusqu'aux convulsions épileptiformes par l'irritation produite à la surface corticale du cerveau, et la paralysie qui s'en est suivie par l'annihilation des fonctions motrices de ces centres (*London med. Record*, mai, n° 71). Les démonstrations contradictoires des expérimentateurs français sont donc comme non avenues pour M. Ferrier; il se donne ainsi facilement raison envers et contre tous.

Les Anglo-Allemands tiennent tant à leur prétendue découverte de nouveaux centres moteurs dans la couche corticale des hémisphères antérieurs du cerveau, qu'ils multiplient expériences sur expériences, les unes plus délicates que les autres, pour mieux se l'assurer. M. Hitzig trouve

bien que M. Ferrier a beaucoup trop outrepassé, à tort, les limites qu'il avait primitivement fixées à ces prétendus centres, et lui en dispute énergiquement la priorité ; mais, devant les résultats absolument négatifs des expérimentateurs français, ils semblent se liguer, se coaliser pour mieux en obtenir raison.

M. Putnam, professeur de pathologie nerveuse à l'Université Harward (de Boston), vient ainsi de remettre en doute la signification négative de ces résultats par de nouvelles expériences confirmatives. Tout en admettant l'exactitude des résultats obtenus par les expérimentateurs français, il trouve que les conclusions qu'ils en tirent ne sont pas justifiées, à savoir : qu'il est impossible d'irriter la couche corticale du cerveau sans que la diffusion du courant affecte les parties profondes et ne donne lieu à leurs manifestations. Il se fonde, à cet effet, sur l'expérience suivante :

Trois chiens ont été éthérisés, puis trépanés, et l'ouverture agrandie à coups de pince et les méninges enlevées, les centres moteurs furent cherchés sur la surface cérébrale aux points indiqués par MM. Hitzig et Ferrier. Un courant de *secondary coil* avec l'appareil à induction de du Bois-Reymond, mû par un seul élément de Léclanché, servit à cet effet. Dans un cas, les mouvements obtenus correspondaient à ceux indiqués par Ferrier, et se rapprochaient plus étroitement de ceux indiqués par Hitzig dans les deux autres.

Après avoir ainsi confirmé le siége précis de ces mouvements avec un courant si faible qu'il impressionnait à peine la langue et le doigt, M. Putnam en a vérifié la localisation de la manière suivante : Il a séparé, avec la lame d'un scalpel, le siége de ce prétendu centre moteur de la couche corticale, dans un étroit lambeau de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et, en renouvelant ensuite l'excitation au même point que précédemment, les mouvements ne se sont pas reproduits.

Renversant ensuite ce lambeau adhérent, il a excité de la même manière la substance cérébrale sous-jacente, et aucun mouvement ne s'est produit ; mais ils sont apparus dès que la force du courant était légèrement augmentée. Ils sont restés nuls, au contraire, en rabattant de nouveau le lambeau et en appliquant l'électrode comme précédem-

ment à la surface. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 juillet.)

De là pour l'expérimentateur américain la preuve et la contre-épreuve que ces centres moteurs existent bien réellement circonscrits dans certains points précis de la couche corticale, et que les mouvements obtenus ne résultent pas exclusivement de la propagation par diffusion du courant aux parties profondes, comme en ont conclu MM. Carville et Duret. C'est maintenant à eux de défendre leur œuvre en montrant que ces différences ne reposent que sur une pointe d'aiguille.

La réponse à ces objections expérimentales était implicitement contenue d'avance dans ce fait : qu'en raclant avec le dos d'un scalpel la couche grise d'un des prétendus centres moteurs, on obtenait les mêmes mouvements en électrisant directement la substance blanche sous-jacente. Il est vrai que le courant doit être élevé de 1 à 2 degrés en raison du suintement de la plaie qui le diffuse d'autant plus que la nature saline du sang le rend d'autant meilleur conducteur. C'est pour avoir méconnu ce fait que les résultats invoqués par M. Putnam sont contradictoires. Mais de nouvelles expériences de MM. Carville et Duret, plus décisives que les précédentes, répondent directement à ses objections en montrant que l'intégrité de la couche grise n'est pas indispensable à la production des mouvements localisés.

I. Après avoir recherché, avec le courant d'une bobine à 10 centimètres, le centre des mouvements des pattes, ils en ont détruit l'écorce grise avec un cautère chauffé au rouge blanc aux points même de l'application des électrodes. Il suffit ensuite de faire agir le *même courant* sans l'augmenter sur l'eschare pour reproduire des mouvements aussi accusés dans les membres du côté opposé. L'absence du sang, n'augmentant pas la diffusion, rend compte de ce résultat.

II. Après avoir anesthésié un chien par une injection intra-veineuse de chloral et découvert la première circonvolution frontale externe supérieure du côté droit, puis déterminé, avec un courant faradique d'une bobine de 8 centimètres, l'endroit précis produisant les mouvements de flexion ou d'extension des doigt de la patte du côté opposé, ils enlèvent complétement, avec une curette, la substance grise de cette partie, et l'électrisation directe de cette surface saignante, avec une très-légère augmentation du cou-

rant, produit exactement les mêmes effets. Mais ce n'est pas tout. La plaie recousue avec soin permet à l'animal de revenir à lui-même quatre heures après environ et de survivre pendant dix jours. Or, tandis qu'il marchait tout d'abord sur le dos du poignet de la patte antérieure et traînait la patte du côté gauche, cette paralysie avait complétement disparu dès le cinquième jour, et cette guérison se maintint cinq autres jours, c'est-à-dire jusqu'au sacrifice de l'animal dont l'autopsie montra la lésion répondant bien à la région indiquée par M. Ferrier.

Un second chien, opéré de la même manière, a donné les mêmes résultats.

La disparition de la paralysie montre donc péremptoirement l'inanité du prétendu centre moteur de la couche corticale. L'expérience même de M. Putnam en infirme la réalité en voulant la confirmer, puisqu'en augmentant légèrement la force du courant directement appliqué sur la substance blanche, le lambeau cortical renversé, les mouvements se sont reproduits de même qu'avant d'être détaché. S'il ne les a pas obtenus de même en rabattant le lambeau cortical, c'est pour ne pas avoir précisément augmenté ce courant, alors que tout lui en faisait une loi. L'écoulement du sang augmente en effet sa diffusion, il peut même être intercepté par la formation d'un caillot sous le lambeau, de même que par la section des fibres blanches qui jouent le rôle de conducteur des courants électriques à distance. C'est ainsi que, en compensant toutes ces conditions défavorables par une légère augmentation du courant, MM. Carville et Duret ont obtenu ces mouvements aussi bien localisés qu'auparavant.

Il est même remarquable que plus la section est profonde sous les centres de l'écorce, plus le courant doit être puissant afin de compenser la perte de l'électricité résultant de la diffusion latérale et d'autant plus grande qu'elle est plus profonde.

III. A cette paralysie passagère résultant de la destruction de l'un des centres moteurs de la substance grise, MM. Carville et Duret opposent l'hémiplégie persistante, incurable, résultant de l'hémorrhagie de l'expansion pédonculaire chez l'homme, et montrent, par plusieurs expériences, qu'elle se produit de même chez les animaux par la section

de cette expansion au niveau du noyau caudé du corps strié. Contre-épreuve nouvelle que c'est par les rapports qui lient les centres corticaux avec le corps strié et la couche optique que les mouvements ont lieu par la faradisation de la première. (*Soc. de biologie*, octobre.)

Destruction purulente de l'hémisphère droit sans altération fonctionnelle. A l'appui de la doctrine que les hémisphères cérébraux sont, au contraire, deux organes symétriquement associés pour la même fonction, et que l'un manquant, l'autre y supplée, M. le professeur Porta rapporte un nouveau fait confirmant celui qu'il a cité l'année dernière (voy. APHASIE, 1873). Il s'agit d'une jeune femme ayant eu deux bubons sur le front, dont un à droite, s'étant ouvert, laissa pénétrer une sonde jusqu'à 5 centimètres dans l'intérieur du crâne par une petite ouverture du frontal et de la dure-mère sous-jacente. Une grande quantité de pus en sortit pendant trois jours, sans symptômes généraux de la tête ni du système nerveux. Une fièvre ardente, continue, inflammatoire, survint inopinément ensuite avec turgescence de la face, aversion pour la lumière, agitation, veille, sans frissons ni délire, ni alternative de stupeur ou somnolence. Cet état dura deux jours, et le troisième, après un sommeil tranquille de quelques heures, la malade s'éveille, s'assied sur son lit, discourt en pleine connaissance, dit se sentir mieux et n'a que peu de fièvre. N'ayant pris aucune alimentation depuis deux jours, elle demande un bouillon qu'on lui accorde sur les dix heures. Assise sur son séant, elle en porte une cuillerée à ses lèvres, mais elle est prise aussitôt de vomissements, de convulsions générales, puis d'assoupissement et expire une demi-heure après.

L'ouverture du crâne montre l'hémisphère droit complétement détruit, laissant intacts le cervelet, le corps calleux, les pédoncules, les nerfs et le contenu des ventricules. Un autre centre de suppuration existait entre la dure-mère et l'occipital, et un troisième sur la face postérieure de la symphyse sacro-iliaque gauche et le sacrum. (*Comptes rendus de l'Institut lombard des sciences et des lettres*, 1873.)

Ce fait est donc une nouvelle objection flagrante à la localisation de la parole aussi bien qu'aux fonctions motrices des circonvolutions. Mais il confirme, une fois de plus, cette

observation que les lésions de l'hémisphère droit sont beaucoup plus rapidement fatales et plus souvent accompagnées de convulsions que celles du côté opposé. On ne saurait donc admettre qu'il y ait symétrie complète.

Au point de vue clinique, M. Simon (de Hambourg) cherche à résoudre la question par les résultats des observations publiées par M. Lœffler. Ainsi, sur six cas de plaie de la région temporale, il y a eu sopor, parfois délire, jamais de paralysie des membres ni de la face. Cinq de ces blessés sont morts.

Sur cinq cas de plaie pariétale, au contraire, il y a eu quatre fois des symptômes de paralysie des membres et un seul blessé a succombé. (*Berlin. klin. Woch.*, 1873.)

Aucune conclusion rigoureuse ne peut être tirée de ces faits au point de vue de la localisation des fonctions cérébrales, car le défaut d'autopsie ne permet pas de fixer le siége précis de la plaie, ni sa profondeur. (*Gaz. méd de Paris*, n° 3.)

CHARBON. *Antiseptiques.* M. Davaine a démontré expérimentalement que le virus charbonneux était détruit par une température variant entre 48 et 55 degrés C., suivant la durée de l'application de la chaleur. Pour connaître l'action des antiseptiques, il a mêlé à la solution aqueuse de 1/100, 1/1000, 1/10000 de sang charbonneux, suffisante pour tuer un cobaye, la substance choisie et, en en injectant une goutte, il a pu juger de son action sur le virus. Or, l'action antiseptique des diverses substances expérimentées s'est montrée dans l'ordre suivant :

Ammoniaque, silicate de soude, vinaigre ordinaire et acide phénique ; puis la potasse caustique, le chlorure d'oxyde de sodium, l'acide chlorhydrique, le permanganate de potasse, l'acide chromique, l'acide sulfurique, l'iode. La puissance de l'ammoniaque, du vinaigre et de l'acide phénique enfin, étant représentée par 1/200, celle de l'iode le serait par 1/12000.

Des indications utiles pour la pratique résultent de ces expériences : C'est d'abord que l'on peut faire usage impunément, pour l'alimentation, de viandes charbonneuses cuites, puisque la chaleur détruit, annihile le virus; puis, que l'iode est le meilleur antiseptique des maladies charbon-

neuses. Des injections d'eau iodée au 600e étant tolérées par les tissus, on pourrait les pratiquer contre l'œdème charbonneux de l'homme et dans les tumeurs de même nature des animaux. Peut-être donneront-elles d'heureux résultats. L'acide sulfurique, par la modicité de son prix, peut aussi servir comme désinfectant des peaux, des débris et du sang des animaux charbonneux. (*Acad. des sciences.*)

Œdème charbonneux. *Iode.* Fondé sur ces expériences de M. Davaine, en faveur de la puissance de l'iode pour la destruction des bactéries charbonneuses, un vétérinaire distingué, M. Cézard, en a tenté l'application avec succès sur l'homme. Comme M. Davaine avait opéré seulement dans l'éprouvette et le tube à réactifs, on pouvait douter que les choses se passassent de même au sein de l'économie vivante. Les vaisseaux dans lesquels circulent le sang charbonneux ne peuvent être assimilés à de simples tubes inertes et l'organisme à un creuset où les réactions chimiques se passent absolument comme sous l'œil de l'observateur. Le résultat a cependant confirmé les prévisions du célèbre expérimentateur.

Un jeune mégissier ayant fait venir des peaux de mouton de la Beauce, où le charbon règne endémiquement, l'un de ses ouvriers contracta la pustule maligne dont il guérit par une cautérisation faite à temps. Peu de temps après cet accident qui témoignait de l'infection des peaux préparées dans son atelier, le mégissier fut lui-même atteint d'un œdème charbonneux des paupières, maladie redoutable et mortelle dans le plus grand nombre des cas. C'est alors que M. Cézard fit pratiquer, dans le tissu cellulaire œdématié, des injections avec une solution d'iode au cinq centième et le malade guérit.

D'où l'on conclut, peut-être un peu prématurément, que l'iode est l'antidote du virus charbonneux. C'est là sans contredit un succès très-remarquable, mais ce n'est qu'une unité et il est au moins nécessaire de le renouveler pour qu'il soit convaincant. Les occasions ne manquent pas, malheureusement, ni sur l'homme ni sur les animaux. Les médecins, comme les vétérinaires, doivent donc s'empresser d'imiter la conduite de M. Cézard et de communiquer au plus tôt le résultat de leurs observations. (*Idem,* juillet.)

CHLORAL. *Action hypnotique.* Etant admise la décomposition du chloral en chloroforme libre dans l'économie au contact des alcalis du sang, comme cela est démontré, on se demande comment son action anesthésique est alors bien plus prolongée que celle du chloroforme lui-même. M. Personne pense avoir résolu cette objection par l'observation suivante : En mélangeant directement le chloral avec diverses matières albuminoïdes, il a obtenu une combinaison qui se dissout dans un excès d'albumine et dans un excès de solution de chloral, et qui paraît être un composé défini. Il constitue ainsi un réservoir de chloral qui ne se transforme que successivement en chloroforme, à mesure que cette combinaison du chloral avec les matières albuminoïdes se détruit dans le torrent de la circulation. De là la faible quantité de chloroforme que l'on trouve dans le sang des animaux soumis à l'action du chloral. Ainsi se justifie l'emploi du chloral dans le pansement des plaies, comme modificateur des tissus, et son emploi pour la conservation des matières animales les plus altérables. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Le sang frais comme le sang défibriné sont coagulés par le chloral sans rien céder ensuite ou presque rien à l'eau distillée par le lavage. Un morceau de muscle, plongé dans une solution de chloral au dixième, pâlit légèrement et se dessèche ensuite sans putréfaction. Une combinaison du chloral se fait ainsi avec les matières albuminoïdes organiques, et le chloroforme s'y retrouve lorsqu'on la traite par une dissolution alcaline.

Le chloral est ainsi un puissant moyen de conservation des substances animales. Un cobaye injecté par la carotide avec une solution de chloral n'avait subi aucune altération après trois mois et demi. Un chien, après deux mois d'injection, était aussi bien conservé. Toutes les parties en étaient souples sans exhaler la moindre odeur.

Cette action remarquable résulte, suivant M. Personne, de la décomposition lente du chloral en chloroforme au sein de l'économie. (*Idem*, février.)

M. Byasson, au contraire, conteste cette combinaison et croit qu'il n'y a que mélange intime et très-divisé, en raison même de la coagulation de l'albumine. C'est ainsi qu'en lavant l'albumine avec l'alcool, le meilleur dissolvant du

chloral, elle n'en renferme plus et elle se présente en poudre blanche, sèche et cornée. La combinaison serait donc bien peu stable si elle existe.

Le pouvoir antifermentescible du chloral résiderait, selon lui, dans sa pénétration facile, en solution aqueuse, dans les matières organiques animales. Cette pénétration et la coagulation partielle des matières albuminoïdes qui en résulte, jointe à l'action toxique du chloral sur les organismes inférieurs, suffit pour expliquer ce pouvoir. (*Acad. des sciences*, mars.)

En le donnant à haute dose à un cheval tétanique, jusqu'à 80 grammes par jour, M. Mégnin, vétérinaire, a reconnu que la voie bronchique est une des voies d'élimination les plus actives de cet agent comme pour le chloroforme. Lorsqu'elle est surexcitée par les hautes doses de chloral absorbées, comme dans ce cas, cette élimination détermine une congestion grave de la muqueuse bronchique, et une bronchorrhée si abondante que l'asphyxie peut s'ensuivre.

La majeure partie du chloral s'est exhalée sans être transformée en chloroforme, dans les expériences d'injections intra-veineuses faites sur le chien par MM. Feltz et Ritter (voy. Anesthésie). Le produit de condensation, un peu laiteux, n'avait pas la moindre odeur de chloroforme. Il réduisait à chaud une solution ammoniacale d'azotate d'argent, comme le chloroforme, mais il verdissait le mélange de bichromate de potassium et d'acide sulfurique, ce qui est spécial au chloral. (*Idem.*)

Une découverte toute récente de M. Tanret, pharmacien à Troyes, semble contredire ces diverses interprétations. En mêlant une solution d'hydrate de chloral avec une solution même légère de permanganate de potasse et en ajoutant une solution alcaline légère de potasse caustique, par exemple, on voit un dégagement de gaz qui est l'oxyde de carbone, et la liqueur se décolore avec précipitation de sesquioxyde de manganèse hydraté. Le résidu de la liqueur filtrée donne, à l'analyse, du chlorure de potassium, du carbonate et du formiate de potasse. Le permanganate en solution alcaline décompose donc le chloral hydraté en oxyde de carbone, acides carbonique et formique et en chlorure alcalin.

Il est ainsi présumable que le chloral introduit dans la circulation est soumis à des actions oxydantes, et qu'en pré-

sence du sérum alcalin surtout, il dégage de l'oxyde de carbone qui, d'après les expériences de Cl. Bernard, se combinerait avec les globules rouges en déplaçant l'oxygène qu'ils contenaient. Dès lors, ils seraient impropres à toute fonction physiologique, ce serait une intoxication comme dans l'asphyxie par la vapeur de charbon. L'abaissement de la température qui s'observe dans les deux cas justifie cette nouvelle théorie de l'action du chloral. La lenteur de sa décomposition explique aussi la continuité de son action hypnotique, ce que sa transformation en chloroforme ne saurait produire. C'est donc par intoxication que le chloral agirait et de là les accidents résultant de son emploi abusif. (*Idem*, 14 septembre.)

Injecté dans les veines, par M. Oré, il s'est montré anesthésique puissant, mais des plus dangereux par son action coagulante et toxique sur le sang. — Voy. ANESTHÉSIE.

Croton-chloral. Liebreich désigne ainsi une variété de chloral contenant, par le fait même de sa préparation, de l'aldéhyde crotonique qui, par son action sur le chlore, donne la formule $C^4H^4Cl^3OH^2O$ représentant ce nouveau produit. Son aspect diffère peu de celui du chloral, mais il est moins soluble dans l'eau. Au lieu d'une action générale, elle est limitée, circonscrite, comme celle du conium et du curare, à certaines régions du système nerveux, qui en ferait ainsi, si cela se confirme, un agent des plus précieux. Malheureusement, ces prévisions résultent plus des expériences sur les animaux que de l'observation clinique sur l'homme. Ce sont donc des faits à contrôler.

4 grammes en solution aqueuse, introduits dans l'estomac d'animaux, amènent, en quinze à vingt minutes, un sommeil profond avec anesthésie de la tête et perte de l'irritabilité des paupières. Il en détermine la mort par paralysie de la moelle allongée. Administré à des maniaques, pendant leurs accès, il les plonge dans un sommeil si profond qu'ils restent sans mouvement sur leurs chaises pendant des heures, sans altération du pouls ni de la respiration. A ce degré d'anesthésie, au contraire, avec l'hydrate de chloral, les malades auraient glissé et le pouls et la respiration se seraient considérablement affaiblis.

Le croton-chloral agit de même en santé. Dans quelques

cas de tic douloureux, la douleur cesse avant l'anesthésie ou plutôt le sommeil. Mais son action n'est que palliative. Elle est pourtant préférable à celle de la morphine, car son action calmante est égale, sans aucun retentissement, aucun trouble consécutif de l'économie. Liebreich n'en a jamais observé de mauvais effets sur l'estomac ou d'autres organes.

L'indication de cette nouvelle préparation est lorsque l'hydrate de chloral est inapplicable, par suite de maladies du cœur, et quand de hautes doses de celui-ci sont nécessaires pour obtenir le sommeil. Il convient tout spécialement contre les névralgies de la cinquième paire. Le docteur Wickham Legg l'a ainsi employé avec succès contre les douleurs paroxystiques de ces nerfs. Plus récemment, le docteur Benson Baker en a obtenu aussi de bons effets contre les douleurs nerveuses, à la dose de 1 à 2 grammes toutes les une ou deux heures, sans qu'aucune complication en ait été observée dans treize cas. Il calme rapidement la douleur, détermine un sommeil naturel et agit parfois comme un laxatif doux sans céphalalgie ni trouble gastrique consécutif. (*British med. journal*, octobre et décembre 1873.)

Sans entrer dans aucun détail sur l'explication de son mode d'action, M. Liebreich en fait un succédané précieux du chloral qui en a tous les avantages sans les inconvénients et qui peut ainsi y être substitué.

Au contraire, il résulte de quelques essais faits à Paris sur trois hommes et trois femmes, par M. le docteur Worms, qu'il y a beaucoup à diminuer de ces éloges. D'abord l'odeur, qui rappelle celle du chloral, est infiniment plus pénétrante et plus durable. Il suffit de le toucher pour la conserver longtemps. Sa faible solubilité aqueuse oblige à le diluer considérablement. Voici la formule employée par M. Worms :

℞	Croton-chloral........................	1 gramme.
	Glycérine........................	60 —
	Eau........................	60 —
	Essence de menthe........................	3 gouttes.
	Sirop simple........................	25 grammes.

Il a complétement échoué comme calmant à l'intérieur. Souvent il ne peut être supporté par l'estomac. Injecté hypodermiquement, il a déterminé des accidents locaux plus

graves que le chloral même. Il n'est donc pas aussi bien toléré et semble ainsi ne pas devoir lui être préféré comme hypnotique. (*Bull. de thérap.*, mai.)

Métachloral. Produit de quatre parties d'acide sulfurique concentré sur une d'hydrate de chloral, obtenu par M. Limousin, et formant un chloral insoluble caustique.

MM. Féréol et Dujardin-Beaumetz l'ont employé en poudre pure ou mélangée de poudre inerte comme topique dans certains ulcères. Il remplace ainsi l'iodoforme dont il n'a pas l'odeur insupportable. On en a formé aussi des crayons dont on se sert comme du nitrate d'argent pour cautériser le col utérin douloureux ou les ulcérations cornéennes et conjonctivales. (*Société de thérap.*, janvier.)

CHLOROSE. *Faiblesse de la vue.* Il arrive souvent que des chlorotiques ne peuvent supporter la vision longtemps soutenue. Le docteur Grandclément a reconnu que cette asthénopie accommodative était occasionnée, non par une hypermétropie latente qui se serait révélée à propos de l'anémie, mais bien par un affaiblissement du muscle ciliaire qui participerait de la débilité générale. Dans ce cas, l'emploi du collyre suivant à la fève de Calabar rend la vision prolongée possible, en attendant que le traitement général ait rendu la tonicité à tous les muscles de l'économie.

℞ Extrait alcoolique de fève de Calabar........	5 centigrammes.
Eau distillée..................................	10 grammes.

Mêlez.

Céphalalgie. Contre ce symptôme, M. Siredey prescrit avec avantage les pilules suivantes :

℞ Sulfate de quinine........................	} *ââ* 3 grammes.
Fer réduit..................................	}
Extrait de rhubarbe......................	q. s.

Pour 60 pilules ; 4 par jour.

Protobromure. Pour combattre les phénomènes nerveux qui s'observent si souvent chez les chlorotiques, M. Leprince a fabriqué un protobromure en introduisant, dans un matras de 2 litres environ, 100 grammes de limaille de fer non

oxydée et 768 grammes d'eau distillée avec 40 à 50 grammes de brome que l'on élève graduellement jusqu'à concurrence de 210 grammes. Des pastilles, des pilules, un sirop, sont faits avec ce produit que M. le docteur Garnier (de Lyon) a substitué avec avantage au protoiodure. (*Lyon méd.*, avril.)

Mais de tous ces produits ferrugineux, les pilules de Blaud sont toujours préférées par les praticiens comme le spécifique de la chlorose. Ils y rencontrent tout ce qui constitue un bon médicament : inaltérabilité, action énergique et prix moins élevé que celui de la plupart des autres préparations ferrugineuses. Leur préférence à les employer montre assez les résultats avantageux qu'ils en obtiennent.

CHOLÉRA. Une nouvelle conférence internationale sur ce sujet s'est tenue à Vienne pendant le mois de juillet faisant suite à celle de Constantinople. La majorité étant acquise par le nombre aux États du Nord, voulait supprimer les quarantaines, et, tout en admettant la transmissibilité du fléau par l'homme et les marchandises, le rapport portait que ces quarantaines sont complétement inutiles en Europe. On faisait débarquer les malades dans un lazaret et, sans tenir compte de l'incubation du choléra, on accordait immédiatement la libre pratique aux autres passagers après leur avoir fait prendre un simple bain de chaux. Mais la délégation française, composée d'un diplomate, le baron de Ring, et de MM. Fauvel et Proust, parvint heureusement à modifier ces résolutions et à faire revenir sur les dispositions adoptées. Montrant les intérêts divers des nations et leur conduite différente au nord et au sud, M. Fauvel parvint à en faire reconnaître la nécessité et même l'obligation, surtout dans les mers du sud, aussi bien que sur les fleuves, comme le Danube notamment.

Une innovation importante a été la création à Vienne d'une commission internationale permanente des épidémies. Un article additionnel proclame aussi l'utilité d'un conseil de santé à Téhéran, et l'institution de médecins sanitaires comme en Turquie.

Si donc rien de nouveau ne s'est produit sur l'origine et la prévention, ni pour le traitement du choléra, des mesures tendant à en prévenir l'invasion ont été prises qui pourront, plus sûrement que par le passé, nous en mettre à l'abri.

Rapport sur l'épidémie cholérique à Paris en 1873, par le docteur J. Worms. Paris, 1874.

Du 29 août, date de l'invasion, au 30 novembre, date de l'extinction, il y eut 855 décès, dont 566 pour la ville. 130 de ceux-ci ont eu lieu dans cinquante-six maisons seulement, ce qui est en faveur de la transmissibilité. Les adultes de vingt à vingt-cinq ans ont été plus frappés.

Le Havre en 1873, considéré sous le rapport statistique et médical, par Ad. Lecadre, médecin des épidémies et vice-président du Conseil d'hygiène de l'arrondissement, etc., brochure in-8°, Paris et le Havre. Coup d'œil rétrospectif sur la dernière invasion du choléra, qui, pendant le troisième trimestre de 1873, a produit 302 décès, sans en compter 462 par l'entérite ou choléra infantile au lieu des 192 de 1874. L'influence épidémique en réclame donc une bonne part, et c'est ainsi que la mortalité générale de l'année s'est élevée à 3191 contre 2884 naissances seulement.

Est-ce à dire que la différence doive être attribuée seulement au choléra? Non, car la mortalité excède de 479 celle de 1872, alors que la population était restée la même.

D'autres causes ont agi, et la preuve, c'est que beaucoup de maladies, même des plus communes, comme la phthisie, l'apoplexie, la pneumonie, ont été plus mortelles qu'en 1872 et 1874. Mais celles du tube intestinal, comme la fièvre typhoïde et l'entérite infantile, ont surtout prédominé.

Ces causes sont une constitution médicale et atmosphérique que M. Lecadre met en évidence dans des tableaux météorologiques. Son règne, limité de juillet à fin septembre et démontré par de grandes variations atmosphériques et une mortalité considérable, en sont des preuves irrécusables. Sans doute le choléra n'est pas né spontanément de ces conditions, et quoique n'ayant pu constater sa transmission directe et réfutant même les faits auxquels elle avait été attribuée, M. Lecadre ne défend pas absolument cette spontanéité, démentie aujourd'hui par l'observation universelle. Non, cette transmission indéterminée a coïncidé en 1873 avec une mauvaise constitution médicale qui a favorisé l'extension et l'intensité du fléau, surtout dans les foyers de misère et d'insalubrité.

C'est à démontrer ces faits, que le zélé médecin du Havre s'est appliqué dans sa nouvelle brochure, et il l'a fait avec une clarté et une précision éclatantes.

Étude sur l'épidémie de choléra, qui a régné du 16 *septembre au* 6 *décembre* 1873 *à Merviller, canton de Baccarat,* par le docteur Alison, brochure in-8° avec un plan topographique, Nancy. Exemple éclatant de la contagiosité du choléra démontrée par son développement et sa marche. Un habitant vient voir son fils à Paris pendant l'épidémie, il y présente quelques symptômes avant-coureurs du choléra, qui éclate dès son retour, malgré les bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve. Des quatre personnes qui le visitent, une est atteinte et transmet le mal à sept familles voisines communiquant entre elles. Puis de là, d'autres oyers qui rayonnent à leur tour tellement, que 34 cas ont lieu dans le village et 4 autres dans des lieux environnants où l'on a pu suivre également la transmission.

Le choléra à Anvers et sa marche, par M. Desguin. Exposé simple et lucide de cette petite épidémie qui s'est déclarée dans la capitale maritime de la Belgique en octobre 1873. Des troubles gastro-intestinaux graves avec vomissements et diarrhée ayant régné en août et septembre avec intensité, les partisans du développement spontané du choléra ont vu là la confirmation de leurs doctrines; mais, d'autre part, le choléra asiatique et épidémique sévissant en ce moment dans les ports de la Baltique, à Paris et au Havre, son importation paraît d'autant plus probable. Les faits sont donc importants à consulter.

Le 7 octobre arrivait, dans le chenal, le *Gibraltar,* navire suédois venant de Dantzig, ville contaminée. Il n'avait pas de cas de choléra à bord, mais son lieutenant avait eu une forte cholérine en mer et fut pris de choléra le 9, après son entrée dans le bassin. Or, dès le 8, le chauffeur d'un dragueur amarré à côté de ce navire, dans le chenal, est atteint du choléra et meurt, de même que le mécanicien qui l'avait soigné.

Ces premiers cas, ayant lieu hors de la ville, passent inaperçus. Mais l'enfant d'un ouvrier du port, qui avait travaillé les 7, 8 et 9, sur un navire amarré dans le bassin, et

retournant chaque soir à son logis, est atteint mortellement le 10, et dès lors l'épidémie est déclarée.

De ce jour au 25 novembre suivant, 115 cas ont lieu : 63 hommes et 52 femmes, dont 71 mortels. 58 malades traités à l'hôpital ont donné 33 décès; 57 traités à domicile en ont donné 38. 47 cas étaient des enfants au-dessous de quinze ans, dont 31 décès. C'est parmi eux que l'épidémie a fait proportionnellement le plus grand nombre de victimes.

L'importation directe du fléau est donc infiniment probable, surtout devant ce fait remarquable que la totalité des cas s'est déclarée dans 65 maisons dont 35 avaient déjà été envahies dans les épidémies précédentes. Ces maisons sont situées contre un égout ou sur l'emplacement d'un nouveau canal. L'épidémie s'est limitée là, à l'exclusion absolue des casernes, forts, pensions, colléges, hôpitaux, et ce n'est que par exception que quelques cas se sont déclarés dans quatre ou cinq villages de la banlieue de Bruxelles. (*Arch. méd. belges*, décembre.)

Des infiniment petits rencontrés chez les cholériques; étiologie, prophylaxie et traitement du choléra, par le docteur Danet, médecin du ministère de l'intérieur, etc. Un volume in-8° avec planches micrographiques, Paris.

CICATRICES. M. Adams, chirurgien distingué des hôpitaux, a démontré, à propos du procès Tichborne, par des modèles et des dessins soumis à la Société médicale de Londres, qu'elles varient d'étendue suivant l'âge où elles se produisent. Pour les plaies faites dans la première enfance, la cicatrice en résultant sera, à l'âge d'adulte, beaucoup plus grande que la plaie originelle; mais les cicatrices des plaies faites après le développement complet du corps conservent pour toute la vie les mêmes proportions. Ceci, comme on peut le voir, est d'un intérêt extrême au point de vue de la médecine légale.

COEUR. Physiologie. Une nouvelle discussion s'est élevée à l'Académie de médecine sur ce sujet, entre M. Colin, le savant physiologiste expérimentateur de l'Ecole d'Alfort, et M. le professeur Bouillaud, qui a si bien étudié et élucidé

cliniquement les maladies de cet organe. Le premier invoquant les opinions classiques et les résultats de ses expériences, soutient que les mouvements du cœur commencent par une systole des oreillettes. Il en donne comme preuves : la présence constante d'une certaine quantité de sang dans les deux oreillettes à l'état de relâchement, quantité toujours plus grande à droite qu'à gauche ; son reflux dans les veines caves et la contractilité très-prononcée de celles-ci et leurs mouvements rhythmiques de systole et de diastole, isochrones avec ceux des oreillettes.

En réponse, M. Bouillaud ne manque pas d'invoquer les siennes, bien connues de toute la génération médicale, et qu'il résume d'ailleurs dans le syllogisme suivant : La systole d'une cavité du cœur, oreillette ou ventricule, étant toujours isochrone à la diastole de la cavité correspondante, il est facile de juger cliniquement celle qui commence la première dans toute révolution du cœur. Le phénomène sensible, pour tout observateur, est, on le sait : 1° Le choc du cœur contre les parois de la poitrine ; 2° le pouls ou la pulsation des artères. Or, le choc du cœur étant isochrone à la pulsation ou à la diastole des artères, il est forcément, et par cela même, isochrone à la systole ventriculaire ; donc celle-ci commence la révolution. (*Union méd.*, n° 58.)

Mais, si serré que soit ce raisonnement, il n'a pas convaincu tout le monde. Les anciens élèves de M. Bouillaud et jusqu'à M. Blachez, son ancien chef de clinique, dont il invoquait le témoignage à l'appui de son opinion, ont préféré interroger le cœur d'un chien vivant curarisé, sur lequel M. le professeur Vulpian a fait l'expérience suivante : Le chien étant soumis à la respiration artificielle, la poitrine fut largement ouverte, et le péricarde enlevé. Après un certain temps d'observation, tous les assistants constatent que le ventricule étant en diastole, une contraction auriculaire brusque, extrêmement rapide, commençant par l'appendice, où elle est plus énergique, précède immédiatement la contraction ventriculaire. Ce battement évident de l'auricule le fait pâlir ; il se durcit sous le doigt à chaque battement et ce n'est que consécutivement que le même phénomène plus accentué se répète dans le ventricule. Des index de papier collés sur le ventricule et l'oreillette et

formant ainsi deux leviers, ont rendu ce phénomène indiscutable. Un doigt étant placé sur l'oreillette et un autre sur le ventricule, ont confirmé ce fait, le premier étant distinctement frappé avant le second.

L'électrisation des pneumogastriques a rendu ce fait encore plus sensible. Le cœur s'arrête en systole, l'oreillette se distend, la révolution cardiaque va donc commencer. Les rhéophores sont enlevés, et à l'instant l'oreillette bat, puis le ventricule se contracte et les révolutions se succèdent ainsi régulièrement. Le stéthoscope appliqué sur le ventricule fait entendre le *premier bruit* normal, lors de la contraction de celui-ci ; le *second* était obscur, parce que la vie s'épuisait, mais le *long repos* était de plus en plus sensible après chaque diastole.

De cette expérience remarquable les auteurs ont conclu :

1° Les oreillettes, chez les mammifères, ont un mouvement de systole très-net, incontestable, qui précède immédiatement le mouvement de systole des ventricules ;

2° Il peut exister plusieurs contractions des oreillettes pour une contraction des ventricules ;

3° La révolution du cœur commence par la systole auriculaire et finit par la diastole des ventricules. (*Gaz. hebd.*, n° 19.)

Ce n'est là, il est vrai, que le résultat d'une vivisection sur un chien curarisé, mutilé et soumis à la respiration artificielle. Les cliniciens *purs* pourront donc y faire cette objection très-grave. Mais, sur le terrain même de la clinique, M. Hérard constate que le bruit présystolique qui s'entend dans certains cas de rétrécissement mitral fort avancé, sans complication d'insuffisance, ne peut être produit que par la contraction de l'oreillette. Comment l'expliquer autrement ? Il prouve donc, d'une façon indubitable, que l'oreillette se contracte et que cette contraction précède la systole ventriculaire. M. Fauvel a observé sur le cœur mis à nu d'un fœtus vivant, de cinq mois, que la révolution cardiaque débute par la systole de l'oreillette, s'étendant par continuité au ventricule. C'est donc là une objection clinique à laquelle M. Bouillaud n'a répondu que par une fin de non-recevoir et qui est la véritable pierre d'achoppement de sa théorie. (*Acad. de méd.*, avril et mai.)

Mais M. Bouillaud ne se trouve pas vaincu ; au contraire,

appuyé sur son fameux syllogisme, il triomphe, car, dit-il, si la systole auriculaire commence la révolution cardiaque, le ventricule étant en diastole, c'est-à-dire avec le choc et le pouls, où placez-vous donc le repos qui doit s'ensuivre? M. Dechambre avait bien reconnu que la systole auriculaire, qui commence la révolution, étant aphone et imperceptible à la main au travers de la paroi thoracique, le premier bruit qu'on entend à la région précordiale et le premier choc qu'on y sent répondent bien à la contraction ou systole ventriculaire. Mais, dit alors M. Bouillaud, opposant toujours son syllogisme, la systole auriculaire commençant le premier temps ne saurait être aphone, puisqu'elle coïncide avec la diastole ventriculaire. (*Gaz. hebd.*, n 23.)

Toute la différence est donc dans ce *synchronisme rigoureux, parfait, mathématique.* Or, il n'est pas tel d'après l'expérience sur le chien. S'il est vrai que l'oreillette entre bien en systole, quand le ventricule est dilaté, ce qui est le temps du repos, le sang continue à affluer des veines dans l'oreillette, pendant que le ventricule reste en diastole, et c'est à la fin du repos et non au commencement, comme le veut M. Bouillaud, que l'oreillette trop pleine se contracte de nouveau brusquement pour se décharger dans le ventricule, qui se contracte à son tour et commence ainsi une nouvelle révolution. Le cœur s'arrête en diastole et l'oreillette se distend aussitôt, dit M. Dechambre.

Influence de la posture sur le bruit présystolique. Dans plusieurs cas, le docteur Gowers a observé l'absence de tout bruit dans la position debout du malade, tandis que couché, un bruit était entendu très-clairement. Le plus souvent, le murmure qui précède le premier bruit et qui est considéré comme caractéristique d'un rétrécissement mitral, est plus fort et plus long dans la position couchée que dans la position debout, et, dans beaucoup de cas et plus fréquemment qu'aucun autre bruit dû à une lésion organique, il peut être entendu dans une position et non dans une autre, c'est-à-dire très-perceptible dans la position horizontale et imperceptible dans la position verticale.

L'auteur explique difficilement ce renforcement du souffle présystolique par la position couchée : il ne pense

pas qu'il soit dû à une modification dans la fréquence des contractions cardiaques, puisque cette modification ne se produit pas toujours, et que, lorsqu'elle se produit, elle n'est pas toujours la même ; il rejette aussi l'idée que le renforcement du souffle tiendrait à la difficulté plus grande que l'oreillette aurait à se vider pendant la pause cardiaque sous l'influence de la pesanteur dans la position couchée ; d'où il résulterait que, dans cette position, elle aurait à envoyer dans le ventricule, à travers l'orifice rétréci, une plus grande quantité de sang que dans la position debout, ce qui semblerait pouvoir expliquer l'intensité plus grande du souffle. M. Gowers, rejetant ces diverses hypothèses, pense que le phénomène est dû à la différence des rapports qui existent entre le cœur et les organes voisins et à l'influence qui peut en résulter sur la forme de l'orifice auriculo-ventriculaire dans les diverses positions que l'on fait prendre au malade. Il croit que, dans la position couchée, l'oreillette envoie moins directement le sang dans le ventricule que dans la position debout, d'où un choc plus considérable du courant sanguin sur les surfaces et les bords rugueux de la valvule malade, et un souffle plus intense.

Toutefois, l'auteur n'ayant pas eu l'occasion de faire des autopsies dans les cas de ce genre, ne donne son explication que sous forme d'hypothèse. (*The Practitionner*, décembre 1873.)

Effets hémodynamiques de la division des nerfs pneumogastriques. Des expériences nouvelles, au nombre de 13, faites par J. Moleschott sur des chiens et des lapins et dont les détails ont été relatés à l'Académie de médecine de Turin, le 14 novembre 1873, il résulte qu'à une augmentation subite et momentanée de la pression sanguine après la division simultanée des deux pneumogastriques, succède, dans un temps qui varie de une à quarante-cinq minutes, un abaissement considérable et de beaucoup au-dessous de ce qu'il était avant l'expérience. La division, faite d'un seul côté ou séparément, élève à peine la pression de quelques millimètres. Ces résultats, conformes à ceux obtenus déjà par Lenz, Brown-Séquard et Traube, font admettre par l'auteur l'existence de fibres motrices du cœur dans les nerfs pneumogastriques, fait encore contesté par quelques physiologistes (*Gazz. dell. clin.*, décembre).

Asystolie. Lorsque l'œdème des membres supérieurs a lieu, il s'observe toujours, suivant M. Hanot, dans le membre gauche le premier. Sur 4 malades observés dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, et arrivés à une période avancée de l'asystolie, le bras gauche s'œdématia le premier et même le seul dans trois cas. Le bras droit ne s'œdématie que consécutivement et diminue toujours le premier en cas d'amélioration.

M. Hanot attribue cette particularité à la disposition anatomique du tronc brachio-céphalique qui, plus long et plus oblique à gauche qu'à droite, rend l'arrivée du sang dans le cœur droit moins directe et facile, même à l'état normal. Or, en cas d'obstacle du cœur droit, comme dans l'asystolie, on comprend que l'œdème commence plutôt à gauche qu'à droite et y persiste plus longtemps. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Que cette cause soit réelle ou non, l'œdème n'en subsiste pas moins et peut être un signe de l'asystolie, quand il se manifeste dans ces conditions.

Action de la digitale. — Voy. ce *mot.*

Rupture de l'oreillette droite par la compression soudaine du thorax. Un homme de vingt-trois ans, voulant accoupler deux wagons de chemin de fer, se plaça entre eux, et tandis qu'il tirait sur le dernier, dont le plateau était plus élevé de 4 pouces au moins que le premier, le mécanicien ayant fait un mouvement de recul, cet homme eut la poitrine comprimée entre les deux wagons. La mort fut immédiate, et, vingt minutes après, le docteur Robert Amory trouva le cadavre sur le sol, dans un état de rigidité commençante, quoique ce fût dans une nuit du mois de mai dernier.

L'autopsie judiciaire, faite six heures et demie après l'accident par MM. Amory et Trull, ne constata aucune ecchymose ni plaie de la peau, pas plus que de trace de fracture. La dissection du sternum et des côtes n'en montra aucune. La surface externe du péricarde était blanchâtre, rugueuse et recouverte ici et là de flocons blancs ou fibrineux. Une pinte de sérum clair s'échappa du péricarde en l'ouvrant, suivi de sérum rougeâtre et ensuite de sang noir épais et

coagulé. L'examen montra que ce sang sortait d'une ouverture de la partie antérieure de l'oreillette droite. Cette ouverture était plus grande en dedans qu'en dehors. Il n'y avait aucune autre trace de maladie valvulaire ni de dégénérescence. (*Boston med. and. surg. Journ.*, décembre.)

Le fait est remarquable en ce que la compression inégale du thorax a pu produire cette rupture sans aucune fracture de la cage. L'auteur l'attribue à la réplétion de l'oreillette au moment de la compression, ce qui en rendait les parois moins épaisses et plus faibles.

Une déchirure bien autrement considérable a été constatée par le docteur Th. Laennec, sans lésion extérieure, sur un homme d'équipe du chemin de fer d'Orléans à Nantes, nommé Bonneau, trouvé mort sur la voie après une manœuvre. Un flot de sang noir et fluide s'échappa à l'ouverture de la poitrine. Rien à droite; tandis que le poumon gauche est le siége d'une hémorrhagie abondante traumatique. Le péricarde, énormément distendu, contenait une grande quantité de sang, quoique ouvert à la partie inférieure. Au milieu de ce coagulum gelée de groseille, flottait la partie inférieure du cœur libre et complétement détachée. C'est le ventricule gauche séparé de l'oreillette et du ventricule droit. Les muscles du cœur sont comme broyés au niveau de leur déchirure. Les oreillettes étaient également déchirées et ouvertes, de même que le ventricule droit.

L'absence absolue de traces extérieures fit conclure qu'un choc violent de la partie antérieure du thorax par une chute sur un wagon avait été la cause directe de ces lésions, de même que dans l'observation de Casper, relatée dans son *Traité de médecine légale*, page 90. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 2e trimestre.)

Perforation du ventricule sans lésion du péricarde. Un homme de vingt-quatre ans se tue d'un coup de revolver dans la partie antérieure droite de la poitrine. On constate une plaie circulaire, à bords contus, dans le quatrième espace intercostal et le bord droit du sternum. Elle pénètre très-peu obliquement en bas et en dehors, et une balle cylindro-conique de 7 millimètres de diamètre se trouve au fond, entre la paroi thoracique et la partie antérieure du péricarde.

Le tissu cellulaire, qui l'entoure, est à peine infiltré de sang. Le péricarde est intact, sans ouverture, distendu par du sang liquide et coagulé. Le ventricule droit, au contraire, présente, au niveau de la plaie thoracique, une plaie pénétrante circulaire, à bords légèrement contus et comprimés, d'un diamètre un peu moindre que celui de la balle.

Ce fait, constaté par M. le docteur Higguet, est mis en doute par M. Raynaud, quoique deux autres cas de plaies du cœur, sans perforation du péricarde, existent déjà dans la science. L'auteur l'explique par une véritable contusion. Refoulé contre la paroi du ventricule par le projectile, le péricarde, par son élasticité, a pu pénétrer avec la balle dans la paroi ventriculaire, sans qu'il ait été ouvert; la contraction ventriculaire a pu repousser la balle et le péricarde hors de la plaie cardiaque. (*Ann. de la Soc. méd. chirurg. de Liége.*)

Quoi qu'il en soit de cette explication, les faits précédents permettront de mieux en comprendre le mécanisme.

La rupture du cœur peut aussi être déterminée par un abcès du médiastin (voy. *ce mot*). Si rare qu'elle soit, cette conséquence est possible, comme l'observation l'a démontré.

Pénétration d'une aiguille. M. Longuet a communiqué, à la Société de chirurgie, l'observation d'un malade qui, après plus d'un mois, a succombé aux suites d'une chute dans laquelle une aiguille s'était introduite dans la poitrine, sans qu'on ait pu en soupçonner l'existence. Le malade avait seulement éprouvé, après l'accident, des douleurs précordiales violentes et une dyspnée attribuées à la forte contusion, résultant de la chute. Les douleurs et la dyspnée avaient cédé à l'application de ventouses scarifiées ; mais, un mois après sa sortie de l'hôpital, ce malade rentra, se plaignant de malaises, de nausées, de dyspnée; vomissements bilieux et diarrhée ; face grippée, pouls faible, violente douleur à l'épigastre et matité précordiale. Le malade succomba le lendemain de sa rentrée.

L'autopsie fit constater un épanchement de sang dans le péricarde. Sur la face externe de cette membrane, on trouva une aiguille qui avait traversé la lame pulmonaire précordiale et faisait saillie dans la cavité du péricarde.

La face antérieure du ventricule gauche était déchiquetée par la pointe de l'aiguille.

COLIQUES. Coliques spermatiques. *Oblitération du canal éjaculateur gauche par les sympexions.* Il existe dans plusieurs glandes ou plutôt dans leurs vésicules closes, la thyréoïde, la rate, les ganglions, la prostate, etc., comme M. Robin l'a découvert, de petits corps solides, transparents, plus ou moins nombreux et volumineux selon les glandes, auxquels il a donné le nom de sympexions ou concrétions. C'est dans les vésicules séminales qu'ils sont le plus abondants, au point de se toucher et se souder ensemble, en englobant des spermatozoïdes. Leur rétention peut être la cause d'accidents graves, inconnus jusqu'ici et dont le diagnostic est éclairé par l'observation suivante :

Un coiffeur de trente-cinq ans, marié, éprouva tout à coup, et sans cause appréciable, de la douleur en urinant, puis en éjaculant et au passage des garde-robes ; douleur allant de l'anus au périnée. La station debout et la marche provoquent des envies fréquentes d'uriner toutes les demi-heures et même plus souvent. L'épreinte douloureuse se continue durant quatre à cinq minutes après, avec des douleurs lancinantes allant de l'anus à l'extrémité de la verge. La moindre érection reproduit la douleur de l'anus au périnée. Bientôt le sommeil se perd et, à la moindre fatigue de la marche ou en voiture, les urines deviennent sanguinolentes; la douleur de la verge, dans le gland, devient permanente et très-souvent avec des élancements vifs dans l'anus. La moindre pression sur le périnée les augmente et le malade finit par ne plus pouvoir s'asseoir.

A l'exploration, M. le docteur Reliquet ne trouve rien dans l'urethre ; une vive douleur, dans la région profonde, résulte seulement du passage de la sonde. La prostate est un peu volumineuse. La corne gauche se prolonge en arrière et la vésicule séminale de ce côté est gonflée, dure uniformément, sans nodosités, douloureuse à la pression.

L'introduction du lithotribe explorateur a lieu sans obstacle, mais avec une douleur très-vive dans la région profonde. L'absence de calcul et de plaques pierreuses en résulte. Mais un spasme douloureux et très-violent de l'urèthre a lieu après la sortie de l'instrument au point

d'empêcher un nouveau cathétérisme ; puis, après deux ou trois minutes de cuisson très-vive dans la verge et l'anus, le malade s'accroupit et expulse, en urinant, l'eau injectée préalablement dans la vessie, et rendue sanguinolente, quarante petits corps environ, d'un blanc mat, gros comme la tête d'une épingle ou d'une petite lentille. Ils présentent des faces planes et des angles mousses comme les calculs prostatiques, leur consistance est molle, ils s'écrasent entre les doigts. C'est une matière blanche homogène sans membrane d'enveloppe. C'étaient les sympexions de M. le professeur Robin qui, à l'examen, les a parfaitement reconnus.

Des lavements tièdes et le repos calment bientôt les accidents. La miction n'a plus lieu que toutes les deux heures dès le lendemain. Trois jours après, l'opéré marchait et s'asseyait facilement. L'éjaculation et la défécation sont de moins en moins douloureuses ; il n'y a plus de saillie de la vésicule séminale. L'addition d'un gramme de chloral dans les lavements a suffi pour ramener le sommeil.

Quinze jours après cette expulsion, provoquée par le passage du lithotribe, le malade avait repris ses occupations et ses habitudes, n'urinant plus que deux fois par nuit. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Coliques hépatiques. DIAGNOSTIC. De même que le docteur Patezon avait déjà exprimé, dans une excellente description, que les accidents semblent se concentrer dans l'estomac, sans aucune indication par les urines, et font souvent confondre les coliques avec les douleurs de la gastralgie, M. le docteur Siredey signale plusieurs observations où cette erreur a été faite. Elle est d'autant plus facile que le critérium, l'ictère, manque souvent ou est à peine marqué. Dès que la douleur n'est pas rigoureusement localisée dans la région hépatique et qu'elle reste modérément intense, il est ainsi facile de confondre ces coliques avec la dyspepsie douloureuse.

Cette erreur n'est pas sans gravité. Le régime tonique. les ferrugineux, l'hydrothérapie, ne pouvant rien aux calculs, l'état s'aggrave, la santé s'altère, l'anémie se prononce. et, si de véritables coliques ne viennent dévoiler la vraie nature du mal, des mois, des années peuvent se passer ainsi, tandis qu'il suffirait d'un régime approprié et des alca-

lins pour amener la guérison. La plus grande attention est donc indispensable. En cas de doute, les antécédents et surtout la gravelle, les calculs chez les parents, sont une indication à ne pas négliger. (*Journ. de méd. et chirurg. prat.*, décembre 1873.)

Spasme des conduits biliaires. En faveur de cette étiologie, M. Dujardin-Beaumetz établit *anatomiquement* la possibilité du spasme et *expérimentalement* son existence certaine, admise d'ailleurs depuis longtemps par les physiologistes, à l'exception de Magendie, tandis que, parmi les anatomistes, quelques-uns contestent encore l'existence de fibres musculaires dans la structure des conduits biliaires. La contractilité de l'appareil d'excrétion de la bile est même telle que, en électrisant les conduits biliaires chez le chien, on peut déterminer un jet de bile par l'ampoule de Waters. Il y a plus, l'expérimentation prouve l'extrême sensibilité de la muqueuse des conduits; une injection d'eau légèrement acidulée cause des douleurs atroces chez les animaux.

MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé ont constaté, en outre, un fait intéressant, c'est la possibilité du recul d'un calcul du canal cholédoque vers la vésicule biliaire, recul dû à la prédominance des fibres longitudinales sur les fibres circulaires. L'absence de calculs dans les garde-robes n'est donc pas une raison de conclure en faveur d'une simple hépatalgie. Néanmoins, M. Dujardin-Beaumetz, vu la sensibilité exquise de la muqueuse des voies biliaires, considère comme possible la colique hépatique essentielle, c'est-à-dire non calculeuse.

La répétition des coliques, c'est-à-dire la présence des calculs, finit par amener une hypertrophie de la couche musculeuse.

Ceci établi, voici le tableau physiologico-pathologique de la colique hépatique : « Un corps étranger irrite par sa présence la muqueuse des voies biliaires; cette muqueuse, grâce aux nombreux rameaux du grand sympathique dont elle est pourvue, est le point de départ d'une action réflexe qui amène la contraction tonique de la couche musculeuse; les contractions, d'abord localisées au point où siége le calcul, enchatonnent ce dernier et l'empêchent de continuer sa marche vers l'intestin; puis elles se généralisent et

atteignent bientôt la vésicule, qui, à son tour, se contracte et pousse vers l'obstacle un jet de bile plus ou moins considérable ; puis, elles envahissent l'estomac, le diaphragme ; les vomissements surviennent, la douleur devient atroce, se généralise, et le tableau de la colique hépatique est bientôt au complet. »

Contre l'élément spasme, aussi bien que contre la douleur, la morphine en injections hypodermiques convient admirablement, et le remède de Durand agit probablement autant par l'action antispasmodique de l'éther et de la térébenthine que par leur action dissolvante.

Élévation de la température. M. Martineau l'a vue s'élever à 40°,9 dans un premier accès, se maintenir à cette hauteur pendant toute la durée de l'accès, puis tomber à 37 degrés quand l'accès a été fini ; dans un second accès, elle est de nouveau remontée à 40°,3, et, dans un troisième, a atteint 42°,6. M. Martineau rattache ce fait à un trouble du système nerveux ; il le rapproche de l'élévation de la température des maladies convulsives, du tétanos, de l'hystérie, et se demande si l'on ne pourrait pas admettre une excitation des centres régulateurs de la température, si toutefois ceux-ci doivent être admis ; (ce serait plutôt une paralysie de ceux-ci qu'il faudrait supposer). (*Soc. de thér.*, novembre 1873.)

Injections morphinées. Les onctions belladonées et opiacées, l'opium à l'intérieur, étaient restés sans succès chez une malade lorsque, après deux injections de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, quatre calculs assez volumineux furent aussitôt expulsés et huit autres ensuite.

Ces injections ne suppriment donc pas seulement la douleur en faisant cesser la contractilité des fibres lisses de la couche musculeuse des canaux biliaires ; elles font cesser le spasme et facilitent l'expulsion du calcul. Elles peuvent être ainsi employées simultanément ou consécutivement au chloral et au chloroforme, qui comptent également des succès. (*Idem.*)

Morphine et chloral. M. le docteur Pichler, attaché aux bains de Carlsbad, où les cas de coliques néphrétiques

s'observent journellement, a trouvé bien plus d'efficacité en donnant ces agents mélangés ou simultanément que seuls. Comme il peut y avoir danger, quand les doses ordinaires d'opium ou de morphine administrées par la bouche, l'intestin ou sous la peau, restent sans effet, à les augmenter indéfiniment, il y a joint de petites doses de chloral hydraté et l'effet a été immédiat et des plus satisfaisants. C'est ainsi que la morphine est un auxiliaire puissant de l'anesthésie chloroformique (voy. *année* 1872). Au lieu d'administrer ces agents séparément, il faut donc les administrer ensemble ou simultanément. Tout danger des hautes doses est ainsi prévenu, évité, et un meilleur effet en est obtenu. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, novembre 1873.)

Voici le mélange employé avec succès par M. Laborde :

♃ Glycérine .... 150 grammes.
Chloroforme pur................................. 50 —
Solution de chlorhydrate de morphine..... 1 à 2 grammes.
pour 30 ou 60 grammes d'eau distillée.

La glycérine peut être remplacée par l'alcool ou l'essence de térébenthine.

En frictions avec un morceau de flanelle jusqu'à rubéfaction légère *loco dolenti.*

Chloral. Chez un homme de quarante-cinq ans, sujet depuis quatorze ans à des coliques néphrétiques et qui avait rendu de petits graviers à plusieurs reprises, le docteur Crespo employa inutilement un bain, les narcotiques, les sangsues, les diurétiques, lorsque, se rappelant les bons effets de l'anesthésie chloroformique, signalés il y a dix ans (voy. *année* 1864), il donna un gramme de chloral dans une potion. La moitié n'en était pas absorbée, que les douleurs s'apaisèrent, mais pour reparaître ensuite. On doubla la dose avec le sirop d'écorce de citron pour en masquer la saveur et elles disparurent totalement ; le sommeil s'ensuivit.

L'amélioration dura quatre jours avec issue de graviers, mais les coliques étant reparues le cinquième, une nouvelle dose de 3 grammes de chloral amena une guérison complète.

Ce fait et un autre analogue confirment donc l'observation faite à cet égard par M. Bricheteau (voy. *année* 1870).

COLOTOMIE. — Voy. Cancer de l'utérus.

CONCOURS. Par décret du 4 février 1874, il a été établi pour les suppléants des écoles préparatoires de médecine et de chirurgie ainsi que pour le chef des travaux anatomiques. Les conditions, pour les premiers, sont d'être Français ou naturalisé et d'avoir vingt-cinq ans accomplis, avec le titre de docteur en médecine, pharmacien de première classe ou licencié ès-sciences, suivant la chaire à suppléer. Le temps d'exercice est de six ans, sauf à être prorogés suivant les besoins, par ordre ministériel.

Les juges sont choisis dans l'école où le concours a lieu parmi les médecins, les chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux du ressort de l'Académie, et les professeurs des Facultés des sciences, des établissements ou des Sociétés scientifiques de son ressort. C'est donc une nouvelle impulsion donnée à l'activité des jeunes gens et des garanties pour la capacité de ces suppléants.

Mais cette institution est sous le coup d'une autre épreuve qui, selon toutes les apparences, semble devoir lui être fatale. Par arrêté du 5 juin, M. de Cumont, ministre de l'instruction publique, a ouvert un concours général à Paris pour 28 places d'agrégés stagiaires dans les différentes sections des trois Facultés de France ; savoir : 14 pour Paris, 5 pour Montpellier, et 8 pour Nancy. Pour la facilité d'exécution, l'ouverture de ces concours est espacée de la manière suivante :

5 décembre 1874, section de médecine.

14 mars 1875, section de chirurgie et d'accouchements.

14 novembre 1875, section des sciences anatomiques et physiques.

Cette décision, notifiée à l'improviste, a jeté l'inquiétude en province et soulevé les réclamations de la presse. Inspirée par le désir d'élever le niveau des connaissances des candidats en se faisant sur un grand théâtre, elle est essentiellement préjudiciable aux candidats de province. Obligés de se déplacer pendant un temps plus ou moins long et mis en concurrence avec les candidats parisiens, pla-

cés au centre de la science, ils seront évidemment dans des conditions moins favorables qu'eux. Il n'est guère probable d'ailleurs que les candidats de Paris consentent à concourir pour les places de province, sinon dans les sciences physiques. Comment un jeune médecin consentirait-il à aller faire son stage non rémunéré pendant trois ans dans une ville de province, où il est inconnu, et sans autre titre pour aspirer à la clientèle que celui d'agrégé à la Faculté ?

A quoi donc servira cette innovation, si elle s'exécute? L'arrêté ne fixe pas d'ailleurs la composition du jury qui doit avoir une si grande importance sur l'issue du concours. Si Paris n'a rien à gagner ni à perdre à cette innovation, la province en sera amoindrie, car il est évident qu'elle a été prise par défiance contre elle.

CONJONCTIVITE. *Épaississement opaque de la conjonctive oculaire.* Chez un garçon de seize ans, très-vigoureux, sans trace de diathèse, M. le docteur Camuset constata qu'une membrane d'un blanc jaunâtre, d'un aspect velouté, recouvrait le globe oculaire, s'avançant sur la cornée jusqu'au voisinage de l'ouverture pupillaire, qu'elle circonscrit irrégulièrement par un bord à pic. Deux ou trois vaisseaux situés profondément s'y distinguent à peine. Le reste apparent de la cornée est sain. L'acuité visuelle centrale est bonne, mais l'acte de la vision est très-gêné par le rétrécissement du champ périphérique causé par l'invasion de cette membrane opaque remontant à l'âge de cinq ans et dont les escharotiques légers n'ont pu arrêter le développement.

Rien d'anormal autrement dans la sensibilité ni la sécrétion de la muqueuse bulbaire. La conjonctive palpébrale est saine. C'est un accroissement considérable de la couche épithéliale de la conjonctive oculaire ou *leucophthalmos épithélial* non encore décrit. (*Acad. de méd.*, mars, et *Union méd.*, n° 38.)

Conjonctivite pityriasique. M. le docteur Blazy donne ce nouveau nom à une affection de la muqueuse qui ressemble au pityriasis cutané. Mais la vésicule, la papule herpétique sont si éphémères qu'il est souvent impossible de les constater et que la rougeur persistante chez des sujets pityriasiques ou même simplement dartreux en est le seul

caractère. C'est donc l'ophthalmie dartreuse des anciens. Elle est aiguë ou chronique. La première est la plus bénigne et apparaît le plus souvent chez les femmes, à l'époque des règles. Les caractères sont : la rougeur, des démangeaisons parfois assez vives, coïncidant avec une desquamation abondante du cuir chevelu ou l'apparition d'une plaque pityriasique passagère sur les paupières, la face, ou tout autre partie du corps. Les hommes herpétiques dont la peau est épaisse, rude, écailleuse, y sont aussi exposés. Les deux yeux sont presque toujours pris à la fois et l'ophthalmoscope révèle sur la conjonctive, voire même sur la cornée, des lames épithéliales, isolées, aplaties comme sur la peau.

Dans les formes chroniques, la conjonctive est rouge, gonflée, renversée. On dirait une inflammation des plus vives et des plus gênantes ; il n'en est rien. C'est l'exemple de ces vieilles gens que l'on rencontre souvent dans la rue dont les yeux, bordés d'un épais liséré rouge, couleur de saumon cruenté, leur donnent un aspect repoussant. Ils se plaignent à peine de leur affection qui fait souvent pitié et s'étonnent même qu'on y fasse attention, car ils n'en souffrent pas. Sur la paupière renversée, on peut promener le doigt sans provoquer ni douleur, ni larmoiement, ni clignement. La démangeaison est souvent assez vive et, malgré la faible sécrétion morbide, il en résulte de la chassie ou de petites croûtes à la base des cils pendant la nuit. Une desquamation épithéliale se renouvelle ainsi sur la conjonctive et parfois même sur la cornée, sans donner lieu à d'autre phénomène que celui de mouches volantes lorsque ces lamelles épithéliales passent devant la pupille. C'est ainsi que le diagnostic fut erroné chez un médecin. Mais tandis que le clignotement et le frottement enlèvent celles-ci, c'est le contraire des véritables mouches volantes. Un pityriasis capitis coïncidant servira à faire un diagnostic différentiel.

C'est donc surtout avec l'existence de la dartre du pityriasis en particulier que se fera le diagnostic de cette conjonctivite ; son traitement doit être adapté à cette maladie. Les douches de vapeur combinées au traitement interne ont un effet des plus satisfaisants. (*Archiv. de méd.*, mars.)

CONTRACTURES MUSCULAIRES. *Injections d'atropine.* Une difformité, offrant le caractère d'une scoliose de

la nature la plus grave, s'était manifestée chez une fille de quatorze ans, excessivement impressionnable, au mois de janvier 1873, à la suite d'une vive émotion morale, et avait fait de rapides progrès. Soumise à l'examen de M. Pravaz, le 2 mai, elle présentait une double inflexion du rachis avec voussure très-prononcée à droite et échancrement à gauche. La hanche, de ce côté, était très-saillante, tandis que l'omoplate droite était extrêmement élevée. Le toucher percevait au cou une résistance et une dureté particulière et douloureuse des muscles du côté droit, notamment du trapèze. Les mouvements étaient libres.

Le traitement orthopédique, une saison thermale à Salins, la faradisation localisée des muscles contracturés, les douches de vapeur, les injections intra-musculaires d'atropine, n'avaient produit qu'un résultat passager, lorsqu'au mois de décembre, c'est-à-dire onze mois après le début des accidents, une injection de six gouttes d'une solution au 100ᵉ de sulfate d'atropine ayant amené des symptômes marqués d'intoxication, il en résulta une amélioration marquée de la déformation et plus de liberté des mouvements. Enfin, le 28 de ce mois, elle exécutait quelques exercices gymnastiques habituels, lorsqu'un craquement se fit entendre même à distance, et l'épaule gauche reprit sa place normale. Le scapulum gauche était tout à fait dans une position symétrique avec le droit, la difformité avait disparu comme par enchantement.

M. le docteur Pravaz attribue ce résultat aux injections d'atropine plutôt qu'à la faradisation. C'est ainsi que chez une jeune femme chloro-anémique présentant une contracture très-douloureuse des muscles de l'épaule et du cou, il eut recours, au lieu de moyens mécaniques, aux injections de sulfate d'atropine *loco dolenti*, et obtint une guérison complète.

De même contre un torticolis rhumatismal, chez une fille de onze ans. La contracture, datant de deux mois, siégeait dans les muscles du cou à droite, avec douleurs vives au moindre mouvement, qui avaient résisté aux mouches de Milan et aux différents résolutifs. On allait sectionner le sterno-cléido-mastoïdien et recourir aux appareils, lorsqu'ayant proposé les injections d'atropine, ce moyen fit céder la contracture en quatre jours.

De là l'indication d'y recourir avant d'en venir aux sections tendineuses et à l'application des appareils. Leur innocuité est une pierre de touche qui, en cas d'insuccès, laisse le champ parfaitement libre aux moyens de l'orthopédie proprement dite. (*Lyon méd.*, n° 11.)

COQUELUCHE. *Déviation de la colonne vertébrale.* Cet accident ayant été observé par M. le docteur Lee, à la suite de coqueluches graves, chez un certain nombre d'enfants sans diathèse scrofuleuse ni tuberculeuse, il s'est demandé si, sous l'influence des quintes, les disques intervertébraux ne seraient pas soumis à des compressions et des tiraillements qui, en les enflammant, détermineraient la carie de la vertèbre. Cette déviation était latérale, à courbure brusque et arrondie. La poitrine était affaissée de ce côté, et le membre inférieur opposé était élevé et comme raccourci. On a donc peine à s'expliquer cette déformation en tant que déterminée par la coqueluche. Mais il s'agit, si ces faits se rencontrent, de les bien étudier, afin de pouvoir prévenir cette déformation, si elle est causée par la coqueluche. (*The Practitionner*, février.)

CORALLINE. Il résulte, d'un rapport fait à la *Société de médecine légale*, par M. Mayet, que ce n'est pas la couleur rouge de cette substance qui est toxique, comme MM. Tardieu et Roussin l'avaient trop facilement admis, mais le mordant arsenical qui sert à la fixer, comme M. le professeur Bouchardat l'avait prévu (voy. *année* 1869). Le docteur Bijon (de Quimperlé) éprouvant des picotements, des démangeaisons, un sentiment de brûlure aux paupières, chaque fois qu'il séjournait dans une chambre tendue de *feutre Pavy*, papier à dessins rouges et fond noisette, le fit analyser. L'appareil de Marsh décela, avec un morceau de 10 centimètres carrés, une quantité de taches arsenicales suffisante pour en couvrir une soucoupe. Une plus grande quantité permit d'extraire la coralline, en constater la nature, en teindre de la soie et de la laine et en obtenir de nouvelles taches arsenicales. Au contraire, les parties colorées en brun noisette n'ont donné aucune tache arsenicale.

Le mystère qui couvrait les affirmations et les négations sur la toxicité de la coralline est ainsi éclairci : c'est à l'ar-

senic que cette substance contient qu'elle doit cette toxicité ; arsenic que M. Roussin n'a pas su découvrir. (*Rép. de pharm.*, n° 12.)

CORNÉE. Opacité complète. *Fistule artificielle.* M. Chisolm a répété avec succès l'opération ingénieuse inventée par M. Gradenigo (de Venise) dans un cas semblable (voy. *année* 1870). Il s'agissait d'un homme de cinquante et un ans complétement aveugle par l'opacité totale des deux cornées. Il était déclaré incurable par plusieurs oculistes distingués. Après avoir constaté que la perception de la lumière n'était pas abolie, M. Chisolm ponctionna la cornée avec la pointe d'un bistouri, et en réséqua une portion suffisante pour former un trajet fistuleux, de la dimension d'une piqûre d'épingle, qu'il cautérisa avec le nitrate d'argent. Une ulcération limitée s'ensuivit qui, tout en diminuant l'épaisseur de la cornée, assura la permanence de l'ouverture. La vision s'améliora notablement, et, six mois plus tard, le trajet fistuleux existait encore. C'est donc là une ressource extrême à tenter avec quelque espérance de succès dans les cas désespérés. (*Ann. d'oculist.*, janvier.) — Voy. Staphylôme.

CRANIOTOMIE. Pour éviter toute lacération de l'enfant mort et la lésion des parties maternelles, le docteur Cohnstein a recours à un procédé très-simple, ne nécessitant ni une habileté particulière, ni des instruments spéciaux, dans les cas où le tronc est déjà expulsé. A l'union de la région cervicale avec la région dorsale de la colonne vertébrale, on divise les parties molles jusqu'aux apophyses des vertèbres; on détache avec le couteau quatre ou cinq axes vertébraux, et l'on attire au dehors, autant que faire se peut, la dure-mère et la moelle. On introduit ensuite, par le canal rachidien et le trou occipital, une sonde métallique dans la cavité crânienne, et, après avoir retourné cette sonde dans tous les sens, on injecte de l'eau tiède par le canal dont elle est percée. Bientôt on voit s'écouler la matière cérébrale; dès que l'écoulement diminue, on déplace graduellement la sonde. Une heure après l'opération, Cohnstein ayant ouvert le crâne, constata qu'il était complétement vide.

Une sonde introduite en rasant le bord antérieur du trou

occipital rencontre le centre de la grande fontanelle; si donc, au lieu d'une sonde, on emploie une longue aiguille mousse, on perce la membrane qui oblitère la fontanelle, de telle sorte que l'eau injectée s'insinue entre le cuir chevelu et les os du crâne, et peut ainsi contribuer à luxer les sutures. (*Centralblatt*, nº 15.)

Ce procédé se rapproche, comme on voit, de la ponction de l'arachnoïde spinale exécutée par M. Garreau, dans le cas d'hydrocéphalie, pour faciliter l'accouchement. — Voy. *année* 1873.

CUIVRE. *Dépôt dentaire, absence de coliques*. M. le docteur Bailly, médecin depuis trois ans de plus de 500 ouvriers en cuivre à Chambly (Oise), signale, comme un signe nouveau et pathognomonique de l'intoxication cuivreuse, un liséré ou plutôt un dépôt cuivreux d'un bleu verdâtre recouvrant la base des dents canines et incisives surtout, des deux mâchoires indistinctement, et qui se manifeste après un séjour de huit jours à trois mois dans les ateliers. La teinte en est fondue et s'éteint graduellement. Elle est due à l'épaisseur plus ou moins grande du dépôt cuivreux et à la durée de l'intoxication. La gencive en est toujours libre comme l'extrémité des dents, mais les gencives sont enflammées neuf fois sur dix. Les dents sont même déchaussées chez les vieux cuivreux, et il s'en échappe une sanie repoussante et infecte. Il est si adhérent que la brosse, le grattage même ne l'enlèvent que difficilement et à la longue. Trois mois d'absence des ateliers ne suffisent pas à le faire disparaître. Le sulfocyanure de potassium, appliqué sur le liséré, lui donne aussitôt un aspect plus foncé, une coloration brune facile à distinguer pour un œil exercé.

Il se produit autant par absorption que par dépôt des poussières, des molécules cuivreuses qui voltigent dans les ateliers des polisseurs et des limeurs en cuivre. Ceux qui ne font que toucher et compter les pièces de cuivre en sont également atteints. Ils le communiquent de même à ceux qui habitent avec eux, leurs femmes et leurs enfants surtout. Une cuisinière, un garçon épicier, un soldat du génie, l'ont présenté aussi pour avoir frotté seulement des pièces de cuivre. C'est un produit physiologique qui, suivant

M. Bailly, peut être le critérium de l'intoxication cuivreuse, et servir en médecine légale à constater l'identité d'un individu. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre 1873, et *Union méd.* nº 6.)

Après avoir vérifié l'exactitude du fait en constatant la présence de ce dépôt dentaire spécial chez tous les ouvriers examinés de plusieurs fonderies en cuivre du faubourg Saint-Antoine, M. le docteur Bucquoy a montré, dans un rapport très-bien fait, que tous les observateurs avaient signalé ce dépôt, notamment MM. Chevalier et Bois de Loury, Perron et tant d'autres. Il n'est donc pas nouveau. Corrigan cite même le liséré rouge pourpre des gencives résultant de la gingivite comme signe de l'intoxication.

M. Bucquoy se refuse à admettre que ce dépôt dentaire soit un signe pathognomonique de l'intoxication cuivreuse. Il est bien plus logique de croire qu'il résulte du simple dépôt des particules cuivreuses voltigeant dans l'atmosphère des ateliers que d'admettre son absorption et son dépôt consécutif, non sur le bord gingival, mais au collet même de la dent. Ce serait une véritable élimination. Cette interprétation est donc inadmissible, surtout en l'absence des coliques de cuivre observées dans les arsenaux maritimes (voy. *année* 1865), de même que chez les chaudronniers. C'est au carbonate de cuivre ou à d'autres sels cuivreux que les coliques sont dues dans ces cas, et non au cuivre seul, dont les particules sont sans nocuité à ce point de vue.

Si l'introduction des poussières cuivreuses dans l'organisme se démontre par la teinte des cheveux, la coloration des urines, des os, des feuilles et l'écorce même des arbres qui y sont exposés, ce n'est pas une raison pour admettre qu'il vienne se fixer ensuite sur le collet des dents en particulier. M. Bouchard fait pourtant des réserves. Suivant MM. Besnier et Hillairet, les particules cuivreuses paraissent fixées dans l'émail même des dents. De là la difficulté, l'impossibilité de l'enlever et d'en déterminer la réaction sur place avec le sulfocyanure de potassium. Il pourrait donc se déposer là après absorption, comme dans les os. C'est une probabilité d'autant plus grande, selon M. Const. Paul, que la gingivite constante qui se rencontre devrait être accompagnée de conjonctivite, d'inflammation des fosses nasales et d'irritations broncho-pulmonaires si elle

était l'effet unique et mécanique du dépôt direct des particules cuivreuses. M. Perron seul a observé une irritation pulmonaire chez les horlogers. C'est donc un sujet à étudier. (*Idem.*, décembre 1873, et *Union méd.*, n° 9.)

CYANOCHROSE. M. Longuet propose de désigner ainsi une coloration bleue qui apparaît sur les linges à pansement, comme il en a recueilli 22 cas, en 1872, dans le service du professeur Gosselin. Plusieurs opérés l'ont offerte simultanément dans la même salle. C'était une véritable épidémie. Elle s'est même manifestée quatre fois en dehors de toute suppuration. Il l'a produite artificiellement en recouvrant simplement la peau de charpie et de linges mouillés, et elle se montrait ainsi du jour au lendemain. Plusieurs de ces malades ont été frappés d'érysipèles.

La matière de cette coloration d'une fausse suppuration bleue n'a pu être découverte, mais il est remarquable qu'elle apparaît et disparaît brusquement après une durée très-variable, surtout quand l'atmosphère, humide et chaude, contient de l'ozone et par les temps d'orage. Elle n'exerce aucune modification dans l'état local des plaies, ni l'état général des malades; elle ressemble beaucoup à l'érysipèle par sa marche, et s'offre comme lui sous forme d'épidémie.

Il y a ainsi trois sortes de coloration bleue de la suppuration : celle qui résulte de la modification de certaines humeurs, c'est la vraie ; celle qui est due à des champignons, et celle-ci dont la nature est encore inconnue. (*Arch. de médecine*, décembre 1873 et janvier 1874.)

CYSTITE. Pathogénie. Si elle est souvent essentielle, elle résulte aussi parfois de lésions calculeuses du rein, de même que la présence prolongée de calculs dans la vessie, l'inflammation de ce réservoir, la rétention d'urine, peuvent amener par contiguité une néphrite suppurée. Avant d'appliquer les moyens contre la cystite, il faut donc, autant que possible, en déterminer la cause, sans quoi l'on s'expose à agir infructueusement et parfois même dangereusement. En voici un exemple :

Un capitaine, âgé de quarante-huit ans, entra à l'hôpital militaire de Lyon, le 17 septembre 1872, service de M. Marmy, pour une cystite datant d'un mois. Urine trouble, mu-

queuse foncée et ammoniacale, qui se coagule promptement en masse filante. Tous les moyens ordinaires furent employés sans succès. L'absence de douleurs lombaires s'irradiant dans le testicule et le membre inférieur, de coliques néphrétiques et de tout symptôme propre à la pyélite calculeuse, ne pouvaient faire penser à cette maladie, lorsque, la mort étant survenue après deux mois de séjour à l'hôpital, l'autopsie montra des calculs oxaliques avec pus dans des cavités formées par la dilatation du bassinet et des calices. C'était donc là l'affection principale qui entretenait la cystite. (*Lyon méd.*, n° 17.)

S'il est vrai que, dans ce cas, l'erreur n'a pas été préjudiciable au malade, puisqu'il n'y avait rien à faire, qu'il était fatalement condamné, les deux reins étant pris, il n'en serait pas de même dans les cas où il n'y en aurait qu'un. C'est alors que les chirurgiens anglais, allemands et américains ont tenté, soit l'extraction de ces calculs, rarement avec succès il est vrai, soit l'excision même du rein. — Voy. Néphrotomie, 1871 et 1872.

M. le docteur Dumaz (de Chambéry) en donne une nouvelle preuve par l'observation d'une femme de trente-cinq ans, qui fut prise de tous les symptômes de cystite catarrhale rebelle aux divers moyens mis en usage. Une tuméfaction fluctuante, grosse comme un œuf de poule entre les fausses côtes et l'os iliaque du côté droit, éveilla heureusement l'attention. Une ponction capillaire amena 250 grammes de pus très-clair dégageant une odeur urineuse. C'était la cause de la cystite, car, dès le lendemain, les urines étaient moins troubles, mais elles revinrent bientôt à leur état primitif, avec la réapparition de la collection purulente. Après plusieurs ponctions, il fallut établir un drain à demeure par lequel s'écoule, depuis le mois de mai 1873, l'urine du rein droit. La cystite et tous les symptômes graves qui en étaient la conséquence ont cessé depuis, comme pour montrer que la collection purulente du rein droit, sinon de ses adhérences, entretenue par une concrétion quelconque, en était bien la cause. (*Idem*, n° 18.)

Assurément les chirurgiens anglais, américains et allemands ne manqueraient pas, en pareil cas, de tenter la néphrotomie pour guérir cette infirmité; mais aucun des chirurgiens français ne s'est montré assez téméraire pour la

conseiller ni l'entreprendre, d'autant moins que la présence d'un calcul est toute problématique.

Dilatation forcée. Pour combattre la contracture rebelle du col qui, en provoquant des douleurs et des mictions incessantes, tourmente tant les malades, que l'on est allé jusqu'à inciser le col, M. Tillaux a employé la dilatation forcée, comme on le fait avec succès contre les fissures de l'anus, en pensant que des gerçures peuvent aussi exister dans ces cystites rebelles. Le succès a été complet chez un médecin. Une femme soumise à ce moyen, dans son service à Lariboisière, en avait aussi éprouvé une amélioration sensible.

On peut donc recourir à cette dilatation quand le cathétérisme, la cautérisation, la glace, les frictions belladonées, les suppositoires ont échoué. Elle se pratique avec un instrument spécial qui peut porter la dilatation jusqu'à 1 à 2 centimètres. Une sonde coudée, imaginée par M. Mercier, remplirait le même effet. C'est donc là une nouvelle ressource qui pourra prévenir l'incision interne du col. (*Union méd.*, n° 153, 1873.)

Cystite blennorrhagique. *Glace.* Guidé par les excellents résultats obtenus avec ce moyen par M. Cazenave (de Bordeaux, contre la rétention d'urine (voy. *année* 1871), M. Horand, chirurgien de l'Antiquaille, l'a appliqué contre la dysurie symptomatique de la cystite blennorrhagique. Cette maladie, avec le traitement ordinaire des antiphlogistiques locaux ou des dérivatifs, dure le plus souvent deux à trois mois. La potion de Chopart, à la dose de deux à six cuillerées par jour dès le début, la fait cesser en six ou huit jours, suivant M. Rollet. Mais elle échoue dans certains cas, de même que la tisane de pareira brava, additionnée d'acide benzoïque et de chlorhydrate de morphine, employée par M. Horand. C'est ainsi qu'après avoir vainement employé cette médication chez un garçon de vingt-deux ans, admis à l'Antiquaille pour une blennorrhagie datant de six semaines, avec dysurie et rétention d'urine, on introduit des morceaux de glace dans le rectum le 13 août, et, dès le soir, l'émission de l'urine est possible ; quelques heures après sans douleur et bientôt la disparition de la douleur était com-

plète. Dans un second cas, les besoins fréquents d'uriner avec ténesme vésical consécutif ont également cessé en vingt-quatre heures.

Ce moyen simple mérite donc d'être mis en usage, contre cette complication douloureuse de la blennorrhagie, comme le meilleur pour faire cesser la cystite douloureuse et la rétention d'urine, qui en est parfois la conséquence. Il suffit de dépolir un morceau de glace gros comme une châtaigne, et de lui donner la forme ovalaire pour l'introduire dans le rectum jusqu'au delà du sphincter. On le renouvelle toutes les heures ou toutes les deux heures suivant l'intensité de la douleur et le soulagement éprouvé. On pourrait même essayer des quarts de lavement froids si l'on manquait de glace. (*Lyon méd.*, n° 4.)

D

DIABÈTE. *Chute des ongles.* Ce nouveau signe est signalé par M. le docteur Folet (de Lille) qui l'a observé sur une dame de vingt-six ans, sujette à des vertiges et des troubles digestifs très-gênants. Les ongles des mains et des pieds se soulevaient à l'extrémité des doigts, basculaient sur leur racine et tombaient sans douleur en laissant un derme sous-unguéal parfaitement intact, qui se recouvrait bientôt d'un épiderme rosé fin et on ne peut plus sain. La matrice de l'ongle était également saine.

Sur la révélation de cette malade, que son père avait présenté les mêmes altérations unguéales et était mort du diabète dix-huit mois après, M. Folet examina ses urines et constata 6 grammes de glycose par litre. (*Soc. centr. de méd. du Nord.*)

Il n'y a donc pas là simple coïncidence, mais rapport évident de cause à effet, de même qu'avec l'anthrax, l'odeur de l'haleine, certaine lésion du gland et du prépuce. C'est donc là un nouvel avertissement séméiologique quand il n'est pas expliqué par la syphilis ou les fièvres graves.

Balano-posthite. Elle peut résulter du diabète et en révéler l'existence, d'après le docteur de Beauvais. Chargées de su-

cre et séjournant dans le sac préputial, les urines subissent la fermentation acétique ou lactique qui est entretenue par la présence des spores des produits de sécrétion de la muqueuse du repli balano-préputial. Une irritation en résulte, avec démangeaison, cuisson, gonflement qui peut déterminer un phimosis.

De là l'importance de découvrir l'origine de ces accidents locaux. L'examen microscopique de la sécrétion, en montrant des spores de la mucédinée qui entretient la fermentation, révèlera le corps du délit et l'indication de ne pas opérer le phimosis, mais de traiter le diabète si l'analyse des urines y révèle la présence du sucre.

Cette complication du diabète se rencontre aussi chez la femme, et s'accuse par des démangeaisons insupportables, l'épaississement du derme et une desquamation peu abondante du derme en rapport avec ces urines. (*Soc. de méd. de Paris.*)

Phimosis diabétique. Il se manifeste parfois isolément comme une conséquence de l'herpès préputial qui se produit sous l'influence de l'urine sucrée, s'ulcère et rétrécit ainsi le prépuce. Cet accident arrive particulièrement à ceux qui ont le prépuce long, recouvrant. Marchal (de Calvi) est le premier qui en ait parlé incidemment dans son traité des accidents gangréneux diabétiques. M. Gubler élucida ensuite ce sujet, dès 1857, en en montrant la pathogénie toute locale; mais les autres faits observés par MM. Clerc, Bouchut, étaient restés inédits ou inaperçus. Cet accident est pourtant signalé dans le *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique* de MM. Bouchut et Després, 2e édition, dans l'aphorisme suivant : Le diabète produit quelquefois ce phimosis accidentel par suite de l'irritation que l'urine sucrée entretient sur le prépuce. M. de Beauvais, ignorant ces faits comme la majorité des praticiens, observa deux cas de ce genre sans en reconnaître l'origine. Le débridement fut même pratiqué par M. Richet dans l'un d'eux, au plus grand péril des jours du malade, qui en éprouva les plus graves accidents. Heureusement l'infirmier remarquant les urines abondantes et une soif extraordinaire, les signala à temps à M. de Beauvais, qui institua aussitôt un traitement antidiabétique énergique et parvint à conjurer la

mort, sinon la gangrène localisée. (*Idem* et *Gaz. des hôp.*, n[os] 109 et 110.)

Concurremment, MM. Reliquet et Dubuc signalaient deux faits analogues observés en ville sur des malades qui, comme le dernier de M. de Beauvais, les consultaient exclusivement pour leur phimosis. C'est aux caractères insolites de celui-ci, à son aspect cicatriciel à la suite des petites ulcérations des vésicules d'herpès et amenant ainsi l'atrésie du méat ou du prépuce, sa date récente, qu'ils purent soupçonner son origine et reconnaître le diabète (*Gaz. des hôp.*, n[os] 14 et 101). C'est donc là un nouveau signe que les praticiens ne devront jamais négliger d'interroger, autant pour se garder d'opérer que pour traiter énergiquement la maladie principale.

TRAITEMENT. Chez deux diabétiques traités depuis longtemps et sans résultat par les diverses médications usitées, M. Raynaud les a remplacées par 8 grammes de chlorure de sodium par jour avec nourriture tonique, viandes grillées, le moins de pain possible et pas de sucre. Trois jours après, l'émission de l'urine de 2 litres 1/10e par jour, n'était plus que de 1 litre 1/10e, et la quantité de sucre diminuée de 60 à 30 grammes. Quinze jours après, l'urine était réduite à 1 litre, la quantité de sucre insignifiante et l'état général très-amélioré. L'usage du sel, même à cette dose, n'avait pas provoqué de soif ardente.

Acide carbolique ou phénique. Guidés par les bons effets de la créosote dans quelques cas de diabète rapportés par Prout et Griesinger, MM. Ebstein et Muller ont employé l'acide phénique en solution à la dose de 1 gramme pour 300 d'eau, à prendre par cuillerées à bouche, six à sept par jour. L'effet en a été des plus heureux chez un dentiste de vingt-six ans, dont le poids avait déjà diminué de 204 à 170 livres en six semaines. L'urine, d'une gravité spécifique de 1,032 avec 2,86 pour 100 de sucre, était réduite à 1,013 en trois jours de ce traitement et complétement exempte de sucre. Mais il suffit d'en cesser l'usage pour voir reparaître les symptômes aussitôt, et de même à plusieurs reprises, il suffit de le reprendre pour les voir disparaître immédiatement.

Dans un second cas, ce médicament n'eut aucun résultat.

Dans un troisième, le sucre diminua graduellement comme dans le premier, mais pour reparaître dès que l'usage de l'acide carbolique cessait. (*Berl. klin. Woch.*, décembre 1873.)

On ne peut donc pas dire que c'est là un remède curatif du diabète; il agit chimiquement sur la glycosurie très-probablement, et c'est tout.

Action de la nitrobenzine. — Voy. *ce mot.*

DIAPÉDÈSE. Devant les justes critiques faites de cette doctrine en France, surtout par l'école de Strasbourg et notamment M. Duval, sur ce fait précis que les globules ne sortent du vaisseau que lorsque la paroi en a été préalablement modifiée par l'inflammation, son auteur, M. Cohnheim, dans ses *Nouvelles recherches sur l'inflammation* (brochure in-8°, Berlin, 1873), en est arrivé à reconnaître qu'il avait mal observé et que le passage des globules est consécutif à une lésion primitive, physique et chimique de la paroi des vaisseaux. Liant l'oreille d'un lapin en isolant l'artère et la veine médiane, il en extrait le sang, et y faisant passer différentes substances, il enlève la ligature et produit une inflammation typique de l'oreille. Et admettant que celle-ci n'a lieu que par le passage des globules, il juge implicitement que c'est par suite de la modification physico-chimique de la paroi, produite par les injections. On voit donc que c'est une supposition reposant sur une autre supposition et c'est ainsi que s'échafaude la science allemande. On peut voir ailleurs les contradictions flagrantes, les démentis que M. Cohnheim se donne à lui-même sur l'étiologie de l'inflammation. — Voy. *ce mot.*

C'est sur la langue de la grenouille que M. Arnold a expérimenté. Isolant la veine médiane de la ligature, il a vu les globules rouges s'effiler et s'engager dans la paroi et en sortir avec du sérum et même des grains métalliques injectés à sa suite. Les globules blancs en sortent moins nombreux, d'où il admet des *stigmates* et des *stomates* de la paroi à l'état pathologique comme livrant passage à ces globules.

Après ce passage, il a vu le noyau des cellules pâlir, disparaître et se dissoudre en dehors du vaisseau ou former

des cristaux, mais sans produire d'inflammation consécutive. En supposant même que ce phénomène de la diapédèse soit réel, il est donc pathologique et consécutif à une altération du vaisseau. Or, n'est-ce pas là le début même de l'inflammation? Tout se contredit et s'infirme ainsi dans ces expériences sur des animaux. (*Virchow Archiv*, 1873.)

DIARRHÉE. *Lavements d'ipécacuanha*. Bien que ce ne soit là ordinairement qu'un symptôme des lésions de l'intestin, il est parfois si intense, si grave, qu'il constitue la maladie tout entière. Telle est la diarrhée cholériforme si difficile à réprimer dans la majorité des cas. M. le docteur Bourdon ayant employé des lavements avec la racine d'ipéca avec succès contre ce symptôme, M. Chouppe, son interne, a répété cette médication, non-seulement dans ce cas, mais contre la diarrhée des tuberculeux. En voici les résultats :

Chez cinq jeunes enfants atteints de diarrhée cholériforme depuis un à dix jours, et contre laquelle des traitements énergiques n'avaient produit aucun résultat, les lavements d'ipéca ont amené la guérison dans quatre cas. La mort s'en est suivie dans le cinquième, mais c'était un véritable cas de choléra.

Le succès n'a pas été moins remarquable chez les tuberculeux. — Voy. PHTHISIE.

On prépare ces lavements en soumettant 20 grammes de racine d'ipéca concassée à trois décoctions successives de dix minutes chacune dans 500 grammes d'eau partagés par parties égales. Le produit étant réuni, on fait réduire à 240 grammes environ que l'on divise en deux lavements, à donner un le matin, l'autre le soir. La dose est de moitié seulement pour les enfants. Cinq à six gouttes de laudanum de Sydenham sont ajoutées à chaque lavement pour les adultes.

Le nombre nécessaire de ces lavements est proportionné à la durée antérieure de la diarrhée et à son intensité. Dans aucun cas, il ne s'en est suivi des vomissements, malgré la quantité de 58 centigrammes d'émétine obtenus par l'analyse du résidu d'un seul lavement. L'auteur l'attribue à la lenteur de l'absorption qui se produit. On évite ainsi les accidents gastriques résultant des médications astringentes administrées par cette voie. Aucun trouble des fonctions

digestives ni l'affaiblissement des malades ne sont résultés de la continuation prolongée de ces lavements. (*Progrès méd.* et *Bull. de thér.*, n° 11, juin.)

DIGITALE. *Action et emploi.* A l'occasion d'une rupture incomplète de l'oreillette gauche ayant déterminé la mort subite d'une femme atteinte d'hypertrophie cardiaque après l'emploi de 2 grammes de teinture de digitale, une discussion intéressante s'est élevée sur le mode d'action de ce médicament. Sous son influence, la malade rendit le premier jour 4 litres d'urine et 6 le second, pour mourir le troisième, alors que l'œdème était disparu, le pouls plus fort et qu'une amélioration sensible se manifestait. L'effet diurétique était donc sensible ; M. Rabuteau l'attribue à l'effet des faibles doses administrées qui, en faisant contracter les fibres lisses des vaisseaux, diminue le calibre, augmente la tension artérielle et provoque ainsi la diurèse. Elle la diminue au contraire lorsqu'elle est donnée à haute dose en paralysant ces mêmes fibres et en diminuant ainsi la pression. De là les effets contraires observés sur la diurèse suivant les doses administrées, ce qui concilie le pour et le contre des observateurs.

Mais il s'agissait de savoir, d'après cette observation clinique de M. le docteur Hayem, si, par cette action spéciale de la digitale sur les fibres lisses du cœur, elle n'avait pu déterminer la rupture dans ce cas particulier. Sur ce cœur de bœuf, pesant 645 grammes, à cavités dilatées, à parois épaissies, une rupture en forme de boutonnière, de 6 centimètres de long, siégeait sur la valve postérieure de la valvule mitrale ; des faisceaux de fibres musculaires étaient infiltrés d'un sang frais, semblable à celui de l'oreillette. Ces fibres elles-mêmes n'étaient pas rompues et la déchirure ne portait que sur l'endocarde et le tissu cellulaire sous-jacent. Le foie et les reins étaient hypertrophiés comme le cœur. La digitale, en agissant sur ce cœur hypertrophié avec insuffisance de la valvule mitrale, a donc pu produire la rupture de l'oreillette où le sang refluait du ventricule. Son emploi en augmentant la tension artérielle et la diurèse consécutive ne serait donc pas sans danger. C'est une raison pour ne pas l'administrer d'emblée.

Un second danger de son usage prolongé, suivant M. Ra-

buteau, serait de produire la dégénérescence graisseuse de même que l'alcool, l'arsenic, l'antimoine qui, comme la digitale, modèrent la combustion organique et la nutrition. C'est ainsi qu'en mélangeant aux aliments d'un chien 10 à 15 centigrammes de poudre de digitale par jour, pendant trois semaines, le cœur présenta ensuite à l'autopsie une apparence de dégénérescence graisseuse commençante. M. Megerand confirme ce fait en donnant à un gros chien 20 centigrammes de poudre pendant trente-deux jours consécutifs, au bout desquels l'animal a succombé. Les colonnes charnues et les fibres musculaires des parois du cœur étaient jaunâtres (*Action de la digitale et de la digitaline*, thèse de Paris, 1872). Evidemment ce n'est là qu'un commencement de preuve, puisque l'examen histologique manque à ces observations, et il y a bien des réserves à faire à cet égard ; mais on peut juger néanmoins de quels dangers est susceptible ce médicament que l'on prescrit souvent sans indications bien précises et que des malades prennent même sans ordonnance. (*Société de biol.*, octobre 1873.)

Teinture de digitale contre l'agitation maniaque des épileptiques. — Voy. EPILEPSIE.

DIGITALINE. L'auteur de la découverte de la digitaline cristallisée, M. Nativelle, a simplifié son procédé de manière à l'obtenir sans difficulté, en plus grande quantité et d'une pureté absolue, à un prix peu élevé. Après l'épuisement de la digitale par l'alcool et du dépôt poisseux avec le chloroforme qui s'empare de la digitaline sans entraîner la digitine, relativement abondante et dont les cristaux se confondaient ensemble, il sépare la matière huileuse, jaune, poisseuse, qui restait unie à la digitaline en nuisant à sa cristallisation, avec l'éther sulfurique bien préférable au sulfure de carbone comme moyen de purification. Ce procédé est maintenant infaillible et peut être employé par tout le monde. (*Répert. de pharm.*, n° 15.)

Antagonisme de la digitaline et de la saponine. Il résulte des expériences faites par Köhler, que le cœur d'un animal empoisonné avec le principe actif de la saponaire est semblable

à celui dont les nerfs afférents ont été coupés, et dont les battements ne dépendent plus que de l'excitabilité et de l'irritabilité musculaires. Le cœur d'une grenouille arrêté, ou plutôt suspendu ainsi par la saponine, peut être remis en mouvement par la digitaline, et réciproquement ce cœur, arrêté par la digitaline, peut également reprendre ses battements sous l'action de la saponine. La digitaline agit par une forte excitation du ganglion moteur musculaire, et la saponine par la dépression de l'influx nerveux surexcité du cœur.

Quand l'action du cœur est ralentie par l'un de ces agents, l'autre l'accélère. La digitaline renforce les battements du cœur empoisonné par la saponine. Elle peut aussi retarder la dépression du centre respiratoire, mais non l'abaissement rapide de la température.

L'antagonisme des deux substances n'est pas aussi complet quand, à la fin de son action, la digitaline a amené la paralysie du ganglion moteur musculaire et du cœur; il est ainsi plus marqué et durable avec de faibles doses. Néanmoins, la digitaline n'arrête pas l'action topique de la saponine et ne peut être considérée comme son antidote. (*Archiv. für exp. pathol. med. pharm.*)

L'emploi assez fréquent en France de la saponaire et de son extrait donne un certain intérêt à ces recherches expérimentales. Elles peuvent rendre compte de certains effets observés.

DIPHTHÉRITE. *Vaporisation d'acide acétique.* De bons résultats ont été obtenus à l'hôpital de la Charité de New-York par ce moyen local. La solution est de force différente. Ce moyen semble avoir la propriété de dissoudre les fausses membranes bien développées dans certains cas. Tous les symptômes se sont modifiés assez rapidement (*New-York med. Record*). Quelques observations seraient plus convaincantes que des assertions semblables, sans aucune donnée précise. La nature de la maladie n'est pas plus précisée que la dose du médicament. C'est une indication et voilà tout.

Copahu et cubèbe. Leur action, loin de s'adresser à la diphthérite, ne s'exercerait que sur l'albuminurie coïncidente, suivant le docteur Reignier. En ramenant la sécrétion rénale

à l'état normal et en prévenant la déperdition de l'albumine, ils guériraient la diphthérite. Là serait le secret de leur efficacité aujourd'hui bien constatée (*France méd.*, mai). L'explication est au moins nouvelle et serait une indication pour l'albuminurie idiopathique.

DYSMÉNORRHÉE. *Galvanisation.* De même que l'on a réveillé les contractions utérines dans l'accouchement par l'électricité, le docteur Neftel l'a employée avec succès contre l'écoulement difficile des règles. Cinq cas observés et relatés par lui sont très-concluants à cet égard. Il appliqua le courant continu avec vingt éléments de Ziemssen en mettant le pôle positif sur les régions dorsale et lombaire et le pôle négatif sur la région hypogastrique. Les douleurs en furent amoindries dès l'époque suivante et, la menstruation se régularisant, tous les autres troubles cessèrent et disparurent. Il s'agit donc d'appliquer ce remède de préférence aux incisions du col et autres moyens semblables dont l'efficacité est si problématique. (*Archiv. of scient. and pract. med.*, n° 4.)

DYSPEPSIE. Elle est surtout caractérisée par une abondante sécrétion aqueuse de l'estomac, avant, pendant et après les repas, dit M. Leven. Des expériences ont confirmé cette opinion personnelle, résultant de l'observation d'un grand nombre de faits cliniques. La gastralgie, les vomissements, sont subordonnés à cette condition fondamentale. C'est pourquoi la plupart des médicaments recommandés, comme le charbon et l'opium, soulagent en faisant cesser la contraction ; mais la sécrétion aqueuse n'en continue pas moins ensuite. L'administration de 25 à 50 centigrammes des sels qui, comme le sulfate de soude, le chlorure de sodium, le bromure de potassium, les phosphates de chaux ou de soude, ne sont pas attaqués par le suc gastrique, amène un amendement et la disparition graduelle de tous les symptômes. La guérison définitive est subordonnée à un régime consistant exclusivement en substances qui, comme la viande, sont à peine modifiées dans l'estomac. C'est là une des conditions absolues du succès. (*Soc. de biol.*, février.)

Bouillie alimentaire. On fait cuire de la viande en vase bien clos avec une substance acide. L'influence de la chaleur et de l'acide la transforme en un mélange contenant des peptones. Additionnée de pepsine, cette bouillie est facilement digérée, suivant le docteur Leube, alors qu'aucun autre aliment n'est supporté, comme dans l'ulcère simple de l'estomac. (*Med. Record.*)

Gentiane et acide sulfurique. Appliquant la préparation du docteur Gunning-Bedford (de New-York) citée dans son *Traité des dyspepsies*, le docteur Moncorvo de Figueiredo (de Rio-de-Janeiro) l'a trouvée des plus efficaces dans six cas qu'il rapporte *in extenso*.

Voici cette formule :

℞ Infusion de gentiane	150	grammes.
Teinture de gentiane	30	—
Acide sulfurique dilué	8	—

Mêlez.

L'auteur n'indique pas la quantité à donner de cette potion ; mais il a constaté qu'elle excite rapidement l'appétit et que son odeur vineuse ne déplaît nullement aux malades. C'est le même effet attribué par Graves à la salsepareille unie à l'acide nitrique. Ce sont là de nouvelles ressources pour les praticiens.

Da acção da genciana associada ao acido sulphurico, brochure grand in-8° de 20 pages, par le docteur Moncorvo. Rio-de-Janeiro, 1874.

Diagnostic différentiel avec l'hypohémie intertropicale. Il existe au Brésil une maladie parasitaire spéciale, vulgairement nommée *oppilacão*, due à la présence de l'anchylostome dans le duodénum (voy. *années* 1866-1868). Cette singulière maladie pouvant se confondre, par quelques traits, avec certaines formes de la dyspepsie, M. le docteur Moncorvo de Figueiredo la distingue par les caractères suivants :

DYSPEPSIE.	HYPOHÉMIE INTERTROPICALE.
S'observe à tous les âges.	Existe presque exclusivement de 20 à 30 ans ; les vieillards en sont rarement atteints.
Très-fréquente chez les femmes, surtout au Brésil.	Très-rare chez les femmes.

Elle atteint surtout les individus faibles, délicats, lymphatiques, riches, ne faisant pas d'exercice et ayant éprouvé des maladies antérieures.	Se déclare progressivement sur des individus robustes, sanguins, menant une vie très-active et sans antécédents pathologiques.
Existe surtout dans les villes, chez ceux qui ont une vie sédentaire, une alimentation condimentée, des écarts de régime, des repas irréguliers, etc.	S'observe le plus souvent chez les campagnards vivant exclusivement de farineux avec excès de travail, habitant des lieux bas et humides, dans des cabanes non ventilées, sans lit ni couvertures, et dormant sur le sol humide.
Amaigrissement, pâleur anémique.	Teinte jaunâtre, obscure de la peau, inégalement disséminée, comme dans la suffusion ictérique légère; couleur terreuse ensuite, face bouffie; œdème des membres inférieurs.
	Bruit de souffle systolique entre la deuxième et la troisième côte droite, ressemblant au souffle anémique.
Congestion grave et persistante du foie.	Congestion légère et passagère du foie.
Pica consécutif.	Pica primitif (argile, morceaux de briques ou tuiles).
Gastralgie passagère, variable.	Gastralgie durable et intense.
Inappétence, digestion difficile.	Appétit, digestion régulière avec fatigue excessive, abattement, impossibilité de marcher, palpitations au moindre mouvement, bourdonnements, troubles de la vue.
Constipation.	Diarrhée.
Rarement mortelle.	Mortelle ordinairement.

Du diagnostic différentiel entre la dyspepsie essentielle et l'hypohémie intertropicale, brochure in-8°, par le docteur Moncorvo de Figueiredo. Rio-de-Janeiro.

Essai sur les causes des dyspepsies et sur leur traitement par l'eau minérale de Mauhourat à Cauterets; thèse inaugurale par le docteur Louis Byasson, in-8° de 64 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*. Redite tant de fois faite des causes des dyspepsies étudiées sous les quatre chefs principaux de l'alimentation, la digestion, l'absorption et l'innervation ; division qui a au moins l'avantage d'être concise et simple. Le traitement est bien plus simple encore, puisqu'il consiste uniquement dans l'administration de *l'eau sulfatée sodique* de Mauhourat, dont l'auteur est médecin inspecteur. Une nouvelle analyse de cette source, rangée parmi les sulfureuses de Cauterets, est le point nouveau de ce travail. Mais quelques observations démonstratives de son

efficacité ne l'auraient pas déparé. Il ne suffit pas d'affirmer que, par sa température froide et la nature des sels qu'elle contient, et surtout la lithine qui s'y trouve à la dose infinitésimale de 55 centièmes de milligramme, elle a une très-grande part dans les effets thérapeutiques, il faut le prouver.

DYSPNÉE. *Pression artérielle.* En pressant sur les artères axillaires et fémorales, de manière à ne laisser passer que la moitié du sang dans les poumons et le cœur, M. de Morgan a obtenu des succès, comme avec une émission sanguine locale, contre l'hémoptysie phymique et traumatique dans l'asthme spasmodique et la dyspnée cardiaque et emphysémateuse. Contre un coup de feu dans le poumon gauche, avec pneumo et hémothorax, la pression axillaire amena une diminution immédiate de la dyspnée. Les pouces appliqués sur les artères axillaires arrêtèrent de même l'accès d'un asthme chez une jeune dame. De même chez un vieillard atteint de bronchite chronique avec emphysème. La dyspnée cardiaque n'en est pas diminuée avec autant de succès. (*Lancet*, septembre 1873.)

Injections morphinées. Elles sont très-efficaces, d'après M. le docteur Renault, contre la dyspnée essentielle ou symptomatique d'une affection de l'appareil respiratoire ou circulatoire. Dix observations recueillies pendant son internat à l'hôpital Beaujon en font foi. Il s'agit d'accès de dyspnée des plus intenses, compliquant des cas d'hydro et pneumothorax, d'angine de poitrine, de pneumonie, de phthisie pulmonaire, de lésions cardiaques et, dans tous ces cas, la dyspnée ayant résisté aux divers calmants internes, disparaissait dans l'espace de dix à trente minutes.

La solution employée était au centième, mais elle peut et doit être réduite de moitié avec la précaution de n'injecter que le tiers ou la moitié au plus du contenu de la seringue de Pravaz. Le danger des abcès est ainsi évité plus sûrement. Le chlorhydrate de morphine doit être préféré aux autres sels.

Malheureusement, le calme n'est que de peu de durée et il faut renouveler fréquemment ces injections. C'est pourquoi il est nécessaire de commencer par des doses minimes, car la tolérance s'établit très-vite. On évite ainsi les accidents

narcotiques qui se manifestent dans quelques cas. L'effet est d'autant plus sûr et rapide que l'injection est faite dans la paroi thoracique elle-même.

L'explication de cet effet remarquable, pour M. Renault, est dans l'action sédative de la morphine sur le système musculaire. De là la diminution presque instantanée des inspirations au tiers et même à la moitié, coïncidant avec le soulagement éprouvé. Cet effet est noté dans toutes les observations. Mais on peut se demander si ce n'est pas là le résultat même de la suppression de la dyspnée, comme cela nous semble probable. (*Union méd.*, n[os] 66, 69, 73.)

E

ÉLÉPHANTIASIS. *Ligature de la fémorale.* Suivant les exemples donnés précédemment, le docteur Leisrink a exécuté cette opération sur le membre droit d'une femme atteinte depuis vingt-cinq ans d'éléphantiasis. De la hanche jusqu'à plus de moitié de la jambe, le membre était couvert d'une croûte épaisse ressemblant à l'écorce d'un vieil arbre avec issue d'un liquide limpide par les fissures. Plusieurs attaques d'érysipèles s'étaient succédé. Elle ne pouvait se servir de ce membre, et la santé générale était très-altérée.

L'artère fémorale fut liée au-dessous du ligament de Poupart. Tout écoulement liquide cessa aussitôt; la malade put se servir de son membre, et la santé générale s'améliora. Quant au volume du membre, les mesures suivantes, prises avant l'opération et dix mois après, montrent son influence curative.

	Avant l'opération.	Après l'opération.
Au-dessous du genou..............	17'3	13'7
Au milieu de la cuisse.............	22'8	13'4
Au-dessous de la hanche...........	16'5	5'1

(*Deutsch zeitschr. f. chirur.*, t. IV.)

Malheureusement cette amélioration ne paraît pas définitive, au moins dans tous les cas, suivant M. Demarquay.

Éléphantiasis du nez. *Décortication.* Dans les cas d'hypertrophie considérable, de tumeurs nasales produisant divers troubles fonctionnels, M. Ollier conseille cette nouvelle opération, qu'il a pratiquée sur un homme, avec un succès complet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Après anesthésie, il incise la peau et les tissus épaissis sur le dos du nez, et, saisissant ensuite, et tour à tour, l'un des bords de la plaie avec des pinces, il procède à leur dissection sans intéresser le cartilage ni le tissu fibreux qui les unit. C'est le point essentiel de l'opération.

La décortication faite, des compresses imbibées d'eau glacée sont placées sur la surface saignante, et, comme pansement, on les remplace par de la charpie râpée, imbibée de perchlorure de fer dilué, avec des plumasseaux et une bande pour les maintenir. On le laisse en place deux jours, en prévision de l'hémorrhagie, qui est l'accident principal à redouter. (*Gaz. hebd.*, n° 39, 1873.)

Il n'y a évidemment que dans le cas d'accident ou de déformation monstrueuse que cette opération de complaisance peut être tentée, car elle n'est pas sans danger par le traumatisme étendu qui en résulte, et les accidents qui peuvent en être la conséquence.

Éléphantiasis des parties génitales. Une véritable décortication de la verge et des testicules, dans un cas d'éléphantiasis du fourreau, s'étendant au scrotum, a été de même pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Voillemier sur un menuisier de vingt-neuf ans. La tumeur, descendant jusqu'aux tibias et pesant après l'excision, 3100 grammes, empêchait toute fonction virile. Au lieu de conserver le lambeau cutané dans toute la longueur au dos de la verge, M. Voillemier excisa toute la portion excédant le gland qui se trouva ainsi à découvert. La gangrène fut prévenue. Un pertuis laissé à la base de réunion des lambeaux pour l'écoulement des liquides prévint tout abcès consécutif; il n'y avait pas de récidive cinq ans après, et la copulation s'exerçait assez bien pour que l'opéré ait contracté la syphilis dans l'intervalle. Opérer de bonne heure cet éléphantiasis semble donc indiqué avec les précautions précédentes. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 1.)

EMBOLIES. *Priorité de leur découverte.* Si le nom a été donné par Virchow à ces produits sanguins, leur découverte a bien été faite en France, comme des revendications authentiques le montrent irréfutablement. L'anatomo-pathologiste allemand n'a fait que s'approprier tous ces travaux en y mettant son cachet et un nom, comme tout Teuton sait habilement le faire, en taisant les titres des vrais propriétaires. C'est ainsi que, dans sa thèse inaugurale soutenue à la Faculté de Paris en 1852, le docteur Le Menant des Chesnais présentait quinze observations, dont six accompagnées de pièces anatomiques, de véritables embolies du système artériel chez les vieillards. Au lieu du nom grec embolie, il les désignait sous le nom de *produits voyageurs*, et appelait surtout l'attention sur leur présence dans l'artère pulmonaire, dont aucune observation n'avait encore été publiée.

Dix ans avant, et alors que Léveillé, dès 1827, Roche et Samson, Hodgson, Cruveilhier, Delpech, Dubreuil s'étaient déjà occupés de ces produits fibrineux, le docteur Gély (de Nantes), dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, en 1842, les décrivait comme étant plus ou moins adhérents à la paroi de l'artère, constamment attirés et repoussés par l'ondée sanguine, se contournant en spirale à la manière d'un tire-bouchon ; puis ils se détachent et vont s'arrêter, suivant leur volume, sur le premier éperon vasculaire qui lui barre le passage.

C'était ce curieux phénomène que le nouveau récipiendaire étudiait en particulier dans l'artère pulmonaire. C'était donc bien l'embolie, moins le nom, dont il a été tant question depuis que, étudiée au microscope, elle nous est revenue d'Allemagne ; tandis que, née en France, il en était à peine question auparavant. Velpeau en fixe ainsi la découverte à l'année 1855, alors qu'il avait lui-même présidé à la réception de M. Le Menant des Chenais, en 1852, et que malgré l'action défibrinante des alcalis et des alcaloïdes sur le sang, on ne les a mis en usage que très-rarement contre les embolies, pour en prévenir ou combattre la formation et les accidents formidables qui en sont la conséquence, c'est-à-dire la mort instantanée.

M. Le Menant des Chenais emploie surtout, à cet effet, le sulfate de quinine à la dose de 10 centigrammes en moyenne,

trois fois par jour, et mêlé aux aliments. (*Revue méd.*, décembre 1873.)

EMPOISONNEMENTS. — Voy. Belladone, Nitro-benzine, Osmium.

EMPYÈME. — Voy. Pleurésie purulente.

ENCÉPHALE. *Absence du corps calleux sans trouble de l'intelligence.* Sur le cerveau d'un homme de quarante ans, mort d'une affection gastro-entérique, et qui, durant la vie, n'avait donné aucun signe d'altération ni de faiblesse des facultés intellectuelles, M. Malinverni, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Turin, a rencontré les curieuses anomalies anatomiques dont voici le résumé :

Vue à l'extérieur, la masse cérébrale n'offrait rien de particulier; la forme, le nombre, le volume et la circonvolution, ainsi que la profondeur des sillons qui les séparent, étaient à l'état normal ainsi que la scissure de Rolando, très-distincte; celle de Sylvius, profonde; et la circonvolution marginale qui l'entoure, très-prononcée. L'insula présentait quatre processus bien distincts; lobes cérébraux symétriques et normalement divisés; lobe sphénoïdal bien développé, malgré l'absence de la grande circonvolution qui, à l'état normal, se termine dans le corps calleux.

Durci dans l'alcool, ce cerveau présenta, au contraire, sur la face inférieure, des circonvolutions peu prononcées, notamment celles du lobe frontal limitées par le sillon d'où naît le nerf olfactif. A la face interne des hémisphères, la grande circonvolution du corps calleux, le *processus cristatus* de Roland, qui le couvre et l'entoure, manque entièrement, ainsi que le corps calleux lui-même et le *septum lucidum*. A sa place descendent, de chaque hémisphère, quatre circonvolutions cérébrales très-prononcées, divisées par des sillons profonds et formées par des circonvolutions de Reil, ordinairement très-petites et irrégulières. Parvenues en bas, au lieu de recouvrir le corps calleux, totalement absent, elles recouvrent les ventricules latéraux, le *thalamus opticus*, les corps striés et la voûte à trois piliers. Au-devant de ces circonvolutions supplémentaires, trois autres, beaucoup plus développées, partent de la surface interne du lobe

cérébral antérieur, pour mieux compenser l'absence de la grande circonvolution du corps calleux. Deux sont dirigées horizontalement en avant; et la troisième obliquement en haut; elles atteignent ainsi le bord interne du lobe frontal.

Les circonvolutions du lobe occipital, au nombre de cinq petites, se dirigeaient obliquement de bas en haut et en dedans.

Sur la ligne moyenne de la base, la scissure interhémisphérique est très-développée par l'absence du corps calleux. Chiasma des nerfs optiques bien développé. Au lieu de se continuer en haut jusqu'au corps calleux absent, la lamelle triangulaire se termine dans la commissure antérieure. Le pédoncule du corps calleux existe, mais se replie au-devant de la commissure antérieure et se confond avec le pilier antérieur de la voûte. Le *tuber cinereum* est prononcé et les éminences mamillaires bien développées. Pédoncules cérébraux normaux, avec un espace triangulaire régulier.

La séparation des hémisphères cérébraux révèle l'absence du corps calleux et du *septum lucidum*. A leur place, se trouve la voûte à trois piliers bien développée, réunie aux deux pédoncules antérieurs. Elle repose sur la choroïde manifestement plus compacte, résistante et se continuant extérieurement avec les plexus choroïdiens des ventricules latéraux. Corps frangés prononcés; glande pinéale volumineuse.

La communication libre des ventricules latéraux résultait de l'absence du *septum lucidum*.

La corne antérieure, limitée à l'état normal pour la portion réfléchie du corps calleux, est en rapport avec l'extrémité postérieure du lobe frontal, et la postérieure, quoique plus développée, est cachée par les dernières circonvolutions du lobe occipital. La corne sphénoïdale et celle d'Ammon sont petites.

Sauf ces anomalies toutes locales, l'encéphale ne présentait aucune autre lésion. Son poids était de 931 grammes. La proportion des deux substances blanche et grise était normale. (*Gazz. delle cliniche*, 14 avril, n° 15.)

Si une portion aussi considérable du cerveau peut manquer, sans altérations du pouvoir intellectuel, sensoriel et moteur, conclut le professeur Malinverni dans son mémoire,

on doit donc être très-réservé à accepter les fonctions dévolues au corps calleux ou à celles de certaines circonvolutions. L'axiome que la matière est ici en relation la plus intime avec la fonction, ne peut davantage être littéralement acceptée, puisque le volume ni le poids du cerveau ne sont pas toujours proportionnés au degré de l'intelligence.

Cervello d'uomo mancante del corpo calloso del setto lucido et della grande circonvoluzione cerebrale chiamatá del corpo calloso colla integritá delle funzioni intellettuali (absence du corps calleux, du *septum lucidum* et de la grande circonvolution cérébrale sur le cerveau d'un homme, avec intégrité de l'intelligence), par Malinverni S. Germano, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Turin, avec trois planches lithographiées.

ENSEIGNEMENT. Malgré la remise indéfinie de la discussion du projet de loi soumis à l'Assemblée nationale pour la réorganisation et la liberté de l'enseignement supérieur, il n'est pas moins intéressant d'en faire connaître les dispositions principales adoptées sur le rapport de M. P. Bert.

A la dispersion, dans une vingtaine de villes, des quarante-cinq Facultés des sciences, des lettres, de droit et de médecine, il substitue une concentration décentralisatrice en créant, seulement à Paris, Bordeaux, Lyon, Montpellier et Nantes, cinq Universités largement installées, avec de nombreux professeurs, de riches moyens d'action matériels.

Tout le reste disparaîtrait, sauf les centres secondaires de Caen, Lille et Nancy, rattachés à l'Université de Paris, de Dijon, rattaché à Lyon, de Toulouse et Marseille unis à Montpellier.

Aux professeurs ordinaires dont il augmente le nombre, et qu'il laisse libres dans leur enseignement, des professeurs libres, pourvu qu'ils aient le titre de docteurs, pourront venir faire concurrence en nombre illimité et compléter ainsi l'enseignement. Concurrence sérieuse, car les professeurs de l'État ne recevront que 4000 francs en province et 6000 à Paris, en échange d'un petit nombre limité de leçons, mais les uns et les autres auront droit de faire des cours privés et payants dans leurs laboratoires, bibliothèques et cabinets d'études.

La nomination des professeurs de l'État serait faite par le ministre sur une double liste de présentation, la première émanant des professeurs de la Faculté où la place est vacante, et la seconde des professeurs de toutes les autres Facultés du même ordre en France.

Ce projet libéral donne ample satisfaction, on le voit, à toutes les aptitudes à l'enseignement de se produire, à toutes les capacités reconnues d'avancer. Ce serait un puissant moyen d'émulation entre les professeurs pour donner à leur enseignement public et privé tout l'éclat, l'utilité et l'efficacité désirables afin d'en retirer tout le profit possible. Sans attenter à la liberté de se livrer en dehors à l'exercice de leur profession, ni enchaîner exclusivement à l'enseignement, chacun recevrait ainsi la sanction publique de ses aptitudes particulières. On ne rechercherait plus telle ou telle chaire pour avoir plus de clientèle et négliger ensuite l'enseignement pour gagner plus d'argent. La carrière de l'enseignement deviendrait plus sérieuse, on y suivrait plus naturellement la voie de ses aptitudes, de ses études spéciales, et la série scandaleuse des permutations serait ainsi fermée, au moins dans les Facultés de médecine.

Facultés nouvelles. On pouvait espérer légitimement enregistrer la création de deux Facultés de médecine nouvelles en France en 1874. Sur le rapport de M. Paul Bert, en effet, l'Assemblée nationale avait voté cette fondation à Lyon et à Bordeaux, dès le mois de juin, en première et en deuxième lecture. Or, comme d'ordinaire la discussion sérieuse a lieu lors de cette deuxième lecture et que la troisième est de pure forme, on pouvait considérer la chose comme résolue lorsque, soit changement de ministre et de politique, soit influence de M. Bouisson, doyen de Montpellier, ou de quelques organes de la presse sur la droite, ou réflexion tardive de celle-ci, la troisième lecture, en venant à l'ordre du jour en juillet, a été remise indéfiniment.

A tous les points de vue, cet ajournement est regrettable. Si les études médicales n'ont pas précisément à en souffrir, puisque Lyon et Bordeaux sont pourvus d'excellentes écoles secondaires bien fréquentées, leur changement en Facultés était une innovation progressive qui, en engageant l'avenir pouvait au moins avancer la discussion du projet d'ensemble

sur l'enseignement supérieur. M. A. Latour considère au contraire cet ajournement comme un bienfait en permettant de mieux coordonner le projet d'ensemble qu'il désire, le *code* de notre profession. Qui ne sait, et M. Latour mieux que personne, que des années et des années pourront bien s'écouler avant que rien de semblable ne soit obtenu. Qui veut trop, souvent n'a rien. D'ailleurs est-ce même désirable de la part d'une Assemblée animée d'un esprit aussi peu libéral? Si l'ordre en est plus logique, sera-t-il plus heureux? Deux Facultés de plus eussent donc été autant de gagné pour la facilité des études, et comme l'importance de Lyon et de Bordeaux justifie de tous points cette innovation, ç'eût été un véritable progrès d'accompli. Il faut savoir se contenter de peu quand on ne peut obtenir davantage.

Par décret en date du 6 janvier 1874, il est institué à la Faculté de médecine de Montpellier une chaire d'anatomie pathologique et d'histologie.

Examens. Par arrêté du 31 janvier 1873, le ministre de l'instruction publique, considérant que, d'après l'arrêté du 23 décembre 1854, une seule session d'examen doit avoir lieu chaque année, au mois de septembre, pour l'examen des aspirants dans les écoles de médecine et de pharmacie, ce qui, en cas d'échec, les rejette à un an, tandis que cet ajournement ne dépasse pas trois mois dans les Facultés, a modifié cet état de choses.

A l'avenir, les sessions d'examens pour la réception des officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes de 2e classe, auront lieu au moins deux fois par an, la première en avril et la seconde en septembre, dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Suppression des cliniques. — Voy. ALIÉNATION MENTALE.

Étude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger, par L. Le Fort, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Brochure in-8° de 112 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*.

Rapport fait à la Faculté sur la valeur des diplômes étrangers et contenant ainsi l'exposé succinct des conditions d'é-

tudes, de réception et d'exercice dans les divers pays, d'où résulte la valeur des titres accordés. C'est la législation médicale comparée.

Mais l'importance de ce travail est surtout dans un appendice, formant la moitié du volume, où l'auteur examine l'organisation de l'enseignement médical français et la compare avec celle de l'étranger, et notamment celle de l'Allemagne, qu'il paraît regarder comme la plus complète. Il demande donc des réformes, et notamment l'abrogation de la loi de ventôse permettant l'autorisation du droit d'exercice en France à des médecins étrangers sans examens préalables. Il réclame de même l'abolition du second ordre de médecins, des officiers de santé, qui n'ont plus leurs analogues qu'en Portugal. Mais il oublie de dire que l'Espagne a aussi les siens.

Et quand à la fondation des nouvelles Facultés proposées par M. Bert, à l'Assemblée nationale, avec le droit de collation des grades, M. Le Fort en conteste, en nie énergiquement l'opportunité. Elles seraient un grand danger pour la santé publique, selon lui. Ce qu'il demande à cet égard, ce sont des Écoles libres bien placées, c'est-à-dire la liberté de l'enseignement, mais avec l'obligation pour les élèves de se soumettre aux examens des Facultés de l'État, ou à ceux d'un jury spécial dont il indique la composition. Ce serait l'analogue simplifié de l'examen d'État, imposé en Allemagne, en Hollande, en Belgique et dans les cantons suisses allemands pour se livrer à l'exercice, sorte de ratification des examens scientifiques.

Lettres médicales sur l'Angleterre, par le docteur C. Delvaille (de Bayonne). Brochure grand in-8° de 46 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*. C'est la description, le détail minutieux des établissements d'instruction médicale de Londres, les conditions d'enseignement et les titres correspondants qu'on y acquiert. Parus sous forme de lettres dans la *Gazette médicale de Paris*, ces renseignements, tout intéressants qu'ils sont, n'ont pas leur correctif obligé : la critique qu'ils comportent. C'est, en effet, le récit tout simple, exact, minutieux, un peu compendieux même, de tout ce qu'il a vu ; mais de critique sur les hommes, les choses, les institutions, pas un mot.

Enseignement en Autriche. Par une nouvelle loi, promulguée le 7 mai 1873, l'enseignement est ainsi organisé dans l'empire d'Autriche : les colléges universitaires de docteurs sont supprimés et remplacés par les colléges de professeurs ordinaires, extraordinaires et même libres, ou *privat docent*, ainsi que des démonstrateurs de chaque Faculté. La réunion des Facultés forme l'Université qui a son sénat académique, correspondant à notre conseil supérieur de l'instruction publique. Au-dessus de lui est le ministre de l'instruction publique, qui n'en est guère que le pouvoir exécutif, et n'est appelé que sur sa demande à juger en dernier ressort. Cette organisation a donc de grandes analogies avec la nôtre, mais elle en diffère profondément dans son fonctionnement.

En effet, selon l'article 4, au collége des professeurs appartient l'autorité et la direction dans le collége des membres du corps enseignant de chaque Faculté. Il est convoqué en séance ordinaire et extraordinaire par le doyen pour s'occuper des questions relatives à l'enseignement ou à la discipline. Il surveille l'enseignement, propose les professeurs au ministre, dresse le tableau des cours, veille sur les établissements et les étudiants inscrits, confère le doctorat au nom de l'Université et fait des rapports. Chaque professeur est tenu d'assister aux séances ou de justifier son absence. Une assemblée annuelle réunit tout le corps enseignant pour émettre les vœux et propositions sur l'enseignement et la discipline. Le procès-verbal en est transmis au ministre.

Art 5. — Le nombre des professeurs extraordinaires faisant partie de ce collége ne peut excéder la moitié des professeurs ordinaires, autrement les plus jeunes sont éliminés. Deux professeurs libres, élus par leurs collègues, ayant enseigné au moins durant deux semestres, en font partie avec voix consultative pour représenter les intérêts de l'enseignement libre. Ils concourent même à l'élection annuelle du doyen de chaque Faculté, président de droit, et du recteur de l'Université. Droit considérable et qui est justement réclamé en France par les professeurs libres.

Les professeurs ordinaires et extraordinaires, correspondant à nos agrégés, sont nommés par le gouvernement comme en France, tandis que les professeurs libres ne sont

qu'autorisés par lui. Mais avec cette autorisation, ils annoncent officiellement leurs cours et les font dans un des amphithéâtres de la Faculté. Ils font donc partie de la Faculté même. C'est le contraire en France où, autorisés par la Faculté, ils sont sous sa dépendance et ne prennent aucune part à ses actes.

Le doyen est élu pour trois ans à la majorité absolue et choisi parmi les professeurs ordinaires. Il peut être réélu et refuser aussi cette réélection sans motiver son refus, tandis que le nouvel élu est tenu d'accepter, à moins de raisons jugées valables. Il est le chef de la Faculté et le président du collége des professeurs.

Le Sénat académique de l'Université se compose du recteur en exercice et du dernier recteur ou pro-recteur, des doyens en exercice de chaque Faculté et des derniers doyens ou pro-doyens et des membres des colléges de professeurs.

Le recteur n'est élu que pour un an et peut être réélu. Chaque collége de professeurs choisit à cet effet quatre de ses membres qui votent sous la présidence du pro-recteur.

L'éligibilité, dans tous ces cas, est indépendante de la religion.

Cette nouvelle organisation se distingue donc de la nôtre par l'autonomie des Facultés se gouvernant elles-mêmes en dehors de l'action gouvernementale et surtout par l'admission des professeurs libres dans leur sein. Cet exemple, s'il était suivi en France, ferait cesser bien des compétitions et des réclamations.

Enseignement en Espagne. Tenant compte du préjudice que cause à l'enseignement le fréquent abandon des chaires par leurs titulaires qui acceptent des charges publiques les forçant à s'absenter, le gouvernement espagnol, sur le Rapport du ministre de l'intérieur, le docteur Perez Costales, a rendu un décret, le 8 juillet dernier, interdisant à tout professeur officiel d'accepter des fonctions publiques gratuites ou rétribuées, qui l'obligent à s'absenter du lieu même où sa chaire se trouve, à moins d'être considéré comme démissionnaire.

ENTÉRITE INTERSTITIELLE. M. le docteur Wanne-

broucq remplace par ce nom celui d'*entérite pseudo-membraneuse* qu'il avait d'abord imposé à cette grave lésion du gros intestin (voy. *année* 1864). La typhlite, la colite, la dysenterie sporadique n'en sont que des localisations, des sous-variétés. Plus profondes que dans l'entérite catarrhale ou superficielle, les lésions s'étendent au delà de la muqueuse et souvent à toutes les tuniques intestinales. La constipation habituelle et l'expulsion avec les déjections alvines de pseudo-membranes et de matières glaireuses et gélatiniformes en sont des caractères distinctifs. Elle passe aussi plus fréquemment à l'état chronique indéfini en provoquant avec l'hypochondrie des symptômes nerveux réflexes, multiples, hystériformes, même chez l'homme. L'examen des garde-robes est indispensable pour le diagnostic. (*Association française*, 1874.)

ÉPILEPSIE. *Teinture de digitale.* Tandis qu'il l'a trouvée d'une action incertaine, douteuse, sur l'agitation maniaque des aliénés, M. le docteur Bigot lui a reconnu une efficacité constante sur l'agitation maniaque des épileptiques. Ses observations, faites à l'asile de Bonneval, sur une série de 10 épileptiques agités, et dont il rapporte les cas, ne laissent pas le moindre doute. Tous les épileptiques qui prirent de la teinture, soit au début, soit au milieu de leur agitation, furent calmés du deuxième au troisième jour, tandis qu'elle durait beaucoup plus longtemps sans ce moyen.

La dose ordinaire est de vingt gouttes administrées en deux fois chaque jour, pendant une quinzaine, au commencement ou dans le plein de l'accès maniaque épileptique. On en reprend l'usage dès que les signes d'une nouvelle agitation apparaissent et le résultat est toujours le même. L'intensité des attaques convulsives diminue graduellement comme leur nombre. Un bain d'une heure ou deux est donné en même temps, et son influence adjuvante est rendue indéniable par ce fait que les femmes épileptiques n'en pouvant prendre à l'époque cataméniale, leur agitation a toujours été plus rebelle. (*Ann. méd. psychol.*, septembre.)

Sulfate de cuivre ammoniacal. Essayé sur plusieurs épileptiques du service de M. Charcot par M. Bourneville, il n'a donné que des résultats insignifiants. De 10 à 30 cen-

tigrammes par jour et continué ainsi jusqu'à cent jours consécutifs, au point que quelques malades en ont absorbé jusqu'à 60 grammes; l'appétit s'est maintenu, mais avec coliques et diarrhée; vomissements glaireux fréquents. Pas d'éruption cutanée. Dans un seul cas, le nombre des accès a diminué de quinze et celui des vertiges de vingt-huit durant une période de deux mois; mais il y a eu aggravation dans un autre cas, et, dans trois autres, le résultat a été nul. (*Progrès méd.*)

Névrotomie. Une balle ayant traversé l'avant-bras droit d'un homme de vingt-deux ans, en octobre 1870, il y eut fracture du radius, section de plusieurs tendons fléchisseurs, contusion violente du médian; immédiatement il y eut engourdissement de la main et contraction des fléchisseurs. La plaie guérit, mais, un an après, le blessé eut une *première attaque d'épilepsie* dont le début fut une violente douleur dans les doigts, qui se contracturèrent; puis, ces attaques revinrent tantôt tous les deux ou trois jours, tantôt en laissant trois semaines ou un mois de répit au malade. Ce dernier s'était aperçu qu'il réussissait parfois, en redressant violemment les doigts contracturés, *aura* ou symptôme précurseur de convulsion, à conjurer l'attaque.

Plus de deux ans après la blessure (18 juillet 1872), il entre dans le service de M. Gintrac. Il existe une hyperesthésie bien marquée de la paume de la main et surtout manifeste dans la zone d'innervation du nerf médian.

On essaya d'abord de comprimer le médian, au-dessus de la cicatrice, au moyen d'un bracelet à ressort que le malade devait serrer au début de l'attaque. Ce moyen ayant échoué, M. Lande réséqua 22 millimètres du nerf au-dessus de la cicatrice. Comme conséquence immédiate, il y eut *élévation de la température, vascularisation exagérée et transpiration* de la région palmaire. Les mouvements du doigt, un mois après, étaient libres et la sensibilité revint, quoique obtuse, au bout des doigts. Depuis dix-huit mois que le malade avait été opéré, il n'avait plus présenté une seule attaque. (*Bordeaux médical*, 29 mars.)

En montrant de nouveau que l'épilepsie peut être provoquée par la lésion d'un nerf, ce fait confirme en même temps le succès de la névrotomie en pareil cas, comme

plusieurs en ont déjà été rapportés. Les succès de la trépanation rentrent dans le même ordre de preuves. — Voy. *année* 1873.

Action de la quinine. En donnant à de jeunes chiens de six semaines à quatre mois, 25 à 75 centigrammes de quinine, M. Jakubowicz a observé, une heure et demie après, un véritable accès d'épilepsie ainsi caractérisé : chute sur le côté, perte instantanée de connaissance avec abolition de la sensibilité réflexe, dilatation des pupilles sans réaction à la lumière, convulsions cloniques puis toniques des muscles de la face, du corps et des extrémités, renversement des globes oculaires, difficulté de la respiration, ronflement, écume à la bouche, et délire pendant le sommeil qui termine l'accès.

La persistance de ces accès détermine une véritable démence de l'animal. Il devient irritable, très-impressionnable aux influences extérieures, se fâche facilement ; il est craintif, son train postérieur se paralyse. Il y a hoquet, distension de l'intestin avec grande répulsion pour la viande. Une grande anxiété remplace peu à peu le sommeil terminal de l'accès, puis la dépression de l'activité psychique ; le chien devient automatique, ne manifeste ni désir ni volonté ; en un mot, il devient dément, selon l'auteur, après avoir offert des accidents de grande chorée ou somnambulisme. (*Nouvell. méd. de Saint-Pétersbourg.*)

N'est-ce pas là une preuve éclatante qu'il ne faut pas juger aussi absolument qu'on le fait aujourd'hui des expériences physiologiques et thérapeutiques faites *in anima vili* à l'homme? On n'a jamais observé d'accidents analogues dans les contrées paludéennes, même après l'absorption de hautes doses de quinine prolongées pendant des mois et même des années.

ÉPONGE PRÉPARÉE. Son emploi, comme agent dilatateur du col utérin, paraît assez fréquemment suivi d'accidents mortels dans la pratique américaine. C'est du moins ce qu'il résulte de la communication suivante, faite à la *Société obstétricale de Philadelphie*, le 4 septembre 1873.

Une femme, mariée depuis huit ans, étant restée stérile, le docteur Willard crut devoir l'attribuer à l'étroitesse du col

utérin. Un premier tampon d'éponge préparée y fut introduit, puis un plus volumineux qui permit l'admission du petit doigt ; mais des douleurs névralgiques s'ensuivirent et un troisième tampon plus petit remplaça le second. Bientôt le ventre devint douloureux, tendu, avec fièvre, et la femme succomba le neuvième jour.

L'autopsie montra une exsudation séreuse dans la cavité abdominale avec fausses membranes sur le péritoine. Un abcès, contenant 45 grammes de pus, fut rencontré à gauche de l'utérus.

A l'occasion de la présentation de cette pièce anatomique deux autres cas semblables ont été relatés par MM. Wilson et Hodge. L'éponge préparée, employée dans le même but, fut suivie d'un résultat aussi fatal. M. Mac Call a observé aussi une péritonite généralisée après l'emploi répété de l'éponge préparée, mais qui heureusement a guéri. Enfin MM. Smith et Goodell, l'ayant employée pour faciliter l'extraction de tumeurs intra-utérines, ont vu également des accidents apparaître soudainement et la mort s'ensuivre.

Le danger, en pareil cas, est généralement attribué à l'emploi répété de l'éponge préparée. En irritant et en congestionnant la muqueuse, ce tampon enlève l'épithélium lors de son extraction. L'absorption des matières fétides ou septiques qui s'écoulent par suite des applications ultérieures est ainsi favorisée, d'où la production des accidents observés. La dilatation mécanique, suivie de l'introduction de petits tubes de laminaire, serait donc préférable, en pareil cas, surtout avec l'emploi d'injections vaginales détersives. (*Amer. journ. of obstetrics*, août.)

ÉRYSIPÈLE. *Inoculabilité.* Ce n'est pas la contagiosité du mal que l'on cherche maintenant à saisir au lit du malade, mais son inoculabilité aux animaux. C'est aux Allemands que nous sommes redevables de cette nouvelle et singulière manière de faire de la médecine. Ils l'ont inventée et mise à la mode, et, comme la mode exerce partout son empire, elle s'est répandue universellement. N'en soyons pas jaloux. Pour les Allemands, c'est une véritable fureur maniaque. Le professeur Orth, de Bonn, a ainsi inoculé l'année dernière le liquide de l'érysipèle au lapin pour en montrer la nature virulente. Et comme, dans aucun cas, le

liquide inoculé n'a reproduit identiquement l'érysipèle, mais une inflammation *sui generis* qui se rapproche de l'érysipèle par la marche de la température, il en conclut qu'il se transmet par une bactéridie comme la septicémie. Et l'on proclame ensuite que l'érysipèle est inoculable... par les bactéries.

C'est du moins la conclusion des expériences du docteur Lukomski. Ayant rencontré des bactéries dans les lymphatiques et les interstices ou lacunes du tissu cellulaire, sur cinq cadavres d'érysipélateux où le mal était récent, tandis que ces animalcules manquaient sur quatre autres où l'érysipèle était plus avancé, il conclut néanmoins qu'il est infectieux, parce que, en déposant des liquides putrides, riches en bactéries, sur une plaie faite à la peau d'un lapin, il détermine une inflammation érysipélateuse, tandis qu'en injectant sous la peau la pustule d'un érysipèle riche en bactéries, il n'obtient rien du tout. (*Virchow Archiv.*, juillet.)

Que conclure de toutes ces contradictions incompréhensibles, sinon que le lapin donne tout ce que l'on veut obtenir et le refuse avec la même complaisance. Il n'y a que les Allemands et leurs admirateurs pour ajouter la moindre foi à de pareilles expériences.

Injections sous-cutanées d'acide phénique. Pratiquées dans plusieurs cas par le docteur Anfrecht, dans la pensée que l'érysipèle est dû à des germes, des leucocytes, pour les détruire et arrêter ainsi le progrès du mal. Il emploie une solution au 100e sans qu'aucun accident local ni trouble général en soit résulté. Une injection est faite matin et soir, pendant deux ou trois jours, autour de l'érysipèle dans le tissu sain. Le mal est ainsi limité, la fièvre diminue avec le gonflement et la rougeur dans les deux jours qui suivent l'injection. (*Centralblatt für die medic. Wissenchaft*, février.)

Si ces détails sont réels, l'érysipèle ambulant et infectieux serait surtout justiciable de ces injections, mais de nombreuses observations sont nécessaires pour faire admettre ces propriétés, car le traumatisme résultant des piqûres semble plutôt de nature à déterminer l'extension de l'érysipèle qu'à le limiter.

Liniment oléo-calcaire. Employé avec succès par M. Muller,

médecin-major, dans cinq cas d'érysipèle de la face, à l'exemple de M. Tournié (voy. *année* 1873), mais en en modifiant la composition avec le glycéré de sucrate de chaux, suivant la formule de M. Latour. — Voy. LINIMENT.

Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face, thèse inaugurale par le docteur A. Sévestre, Paris. Vingt-cinq observations cliniques servent de cadre à ce tableau et démontrent l'utilité d'ausculter le cœur dans les érysipèles graves comme dans le rhumatisme.

Érysipèle phlegmoneux. M. Cadiat en rapporte quatre nouvelles observations, et pour le distinguer du phlegmon diffus, avec lequel il est synonyme et souvent confondu, il en donne les caractères différentiels suivants :

ÉRYSIPÈLE.	PHLEGMON.
Congestion du corps papillaire. Siége limité primitivement au derme comme dans les fièvres éruptives. De là le bourrelet et la rougeur uniforme, la délimitation exacte des parties enflammées.	Inflammation des couches profondes sans turgescence ni rougeur limitée de la peau. Elle va en s'atténuant du centre à la circonférence.
Œdème mou consécutif, probablement lié aux troubles de la circulation lymphatique. Sensation de fluctuation.	Œdème dur. Fluctuation réelle.
Suppuration vers le dixième jour.	Suppuration vers le dixième jour.
Éléments du pus limités au réseau lymphatique et la couche profonde du derme. Suppuration localisée dans ces parties avec abcès isolés, s'élargissant et se réunissant sans gagner en profondeur. Il n'y a pas mortification du tissu cellulaire. La peau s'ulcère sans se gangréner pour donner passage au pus.	Couches panniculaire et lamelleuse sous-jacente envahies simultanément par la suppuration. Peau intacte malgré ces suppurations profondes et étendues. Mortification du tissu cellulaire.
N'inciser qu'à la dernière période.	Ouvrir de bonne heure.

C'est donc là une lymphangite spéciale qui peut sans doute se rencontrer dans le phlegmon diffus, mais accidentellement. (*Journ. d'anat. et de physiol.*, n° 4.)

Érysipèle rhumatismal. Dans la création récente de variétés diverses et multiples que l'on essaye de faire de cette espèce nosologique, M. le docteur Perroud veut avoir sa part. S'appuyant sur l'opinion de ceux qui en font de nos jours une maladie générale et la rattachent aux infections

qu'il accompagne, il a créé cette nouvelle variété, et, réunissant six observations cliniques à celles qui existaient déjà dans la science, il en résume ainsi les caractères :

Il survient dans le cours du rhumatisme aigu et chronique, il peut même en précéder l'apparition, comme il en rapporte un exemple qui suffirait à infirmer la réalité de cette espèce pour un nosologiste rigoureux. Mais il suffit même, pour M. Perroud, d'avoir des rhumatisants dans ses ascendants pour justifier cette qualification. On voit que ce n'est pas très-précis.

Le défaut d'autre cause appréciable que la diathèse rhumatismale, comme excoriations ou traumatisme, contagion, lui a fait aussi souvent donner cette appellation comme si le plus souvent la cause n'échappait pas à l'observation même la plus attentive.

Ses caractères objectifs sont une rougeur et un gonflement modérés avec tendance à l'extension, revêtant surtout la forme ambulante. Local dans d'autres cas, il disparaît ici pour reparaître là successivement et à plusieurs reprises avec une grande mobilité. L'engorgement ganglionnaire est presque constant. Il est ordinairement bénin et guérit généralement sans médication spéciale. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 3.)

On voit que ces caractères n'ont rien de spécial que la coexistence du rhumatisme, encore n'est-elle parfois que latente. Le plus concluant est l'oscillation qui s'observe entre la fluxion cutanée et celle des articulations. Mais n'est-ce pas là un simple effet révulsif de l'éruption, et qu'un sinapisme étendu et répété suffirait à produire ? Cette interprétation n'a donc rien de convaincant.

ESTOMAC. *Emploi de la pompe stomacale*. M. Schliep en a étendu l'usage à diverses maladies de l'estomac. Il en compte ainsi 74 applications dont : 25 dans le catarrhe simple et 4 compliqué de chlorose ; 14 dans la dilatation stomacale, 10 dans l'ulcère simple, 6 dans le carcinôme, 2 dans les empoisonnements, etc., etc. Les résultats en ont été généralement satisfaisants. Sur 14 cas de dilatation, il y a eu 5 guérisons et 9 améliorations notables. On comprend que cette pratique soit très-répandue en Allemagne en raison des doctrines positivistes qui y règnent, mais amé-

liorer un symptôme n'est pas guérir la maladie. (*Deutsche Archiv für klin. med.*)

Étranglement rotatoire. *Vomissements incoercibles.* Les auteurs classiques ne tiennent, en général, aucun compte en pathologie de cette forme spéciale de l'estomac divisé en deux parties par un rétrécissement plus ou moins profond et signalée par tous les grands anatomo-pathologistes: Morgagni, Hyrtl, Rokitansky, Sappey et bien d'autres. Il a ainsi l'apparence d'une gourde ou d'un matras à deux renflements, ou plus exactement, d'un sablier, comme l'a désigné le docteur Jago. — Voy. *année* 1873.

On l'a aussi comparé à l'estomac multiple de quelques animaux. Des faits ont été produits pour et contre. Morgagni admet la première opinion, tandis que M. Sappey soutient que cette disposition provient de la contraction plus énergique et fortuite des fibres musculaires transversales.

Une femme de cinquante ans entra au grand hôpital de Bologne, dans le service de M. Mazzotti, le 24 février dernier, pour une pneumonite caséeuse droite avec excavations. Son mal remontait à cinq ans, et, depuis un an, la menstruation manquait. Mais le phénomène saillant de son état était des vomissements incoercibles remontant à cinq mois. Un sentiment de douleur très-vive et d'embarras se manifestait à la région épigastrique aussitôt après avoir mangé, tandis qu'elle n'éprouvait rien à jeun. Aussitôt l'ingestion d'un aliment quelconque, surtout solide, les douleurs étaient telles que la malade se roulait dans son lit et criait jusqu'à ce que le vomissement la débarrassât et terminât la scène. Celle-ci se répétait chaque fois que la malade prenait quelque chose, et l'alimentation se bornait ainsi à quelques grammes de lait par jour.

L'autopsie, en justifiant le diagnostic, montra que l'estomac occupait presque toute la région sus-ombilicale. Il était manifestement divisé en deux parties : l'une supérieure, gauche et verticale, l'autre inférieure, droite et horizontale, avec rétrécissement médian. Les parois de l'estomac étaient contournées sur leur axe longitudinal par la rotation de la partie inférieure ou pylorique sur la portion cardiaque, accomplissant ainsi presque un cercle entier, de manière que le point rétréci était le centre autour duquel s'était produit

cette rotation. Le pylore était abaissé et mobile, et l'épiploon allongé. La partie verticale de l'estomac, supérieure au point où s'était faite la torsion, était gonflée par des gaz, tandis que l'inférieure était presque vide et ses parois en contact. Quelques brides dans la portion pylorique l'unissaient aux parois abdominales. Elles se déchiraient avec facilité, et, la torsion détruite, l'estomac parut dans la forme ordinaire de l'estomac double ou en sablier avec un rétrécissement au milieu. Extrait et insufflé, l'estomac reprit une forme presque naturelle et ne présentant plus que des traces légères du rétrécissement. Il n'y avait que des traces d'un catarrhe de la muqueuse à cet endroit, tout le surplus était normal, ainsi que l'ouverture pylorique. Les intestins réduits à un petit volume, étaient presque vides. (*Riv. clin. di Bologna*, août et septembre.)

Ce fait montre l'intérêt pathologique et clinique de cette forme de rétrécissement de l'estomac dont les auteurs classiques ne tiennent compte qu'au point de vue anatomique. Les plus récents traités de clinique n'en parlent même pas. Qu'il soit congénital comme le voulait Morgagni, ou qu'il résulte de la contraction plus énergique des fibres musculaires transversales comme on l'admet généralement, d'après M. Sappey, toujours est-il qu'il doit en être tenu compte en pathologie, surtout dans l'étiologie des vomissements incoercibles.

ÉTRANGLEMENTS. Etranglement intestinal. Il est produit parfois par la présence de tumeurs fibro-utérines, comme M. Faucon en rapporte cinq exemples (voy. FIBROMES, 1873). M. de Boyer en a recueilli une observation intéressante dans le service clinique de M. Bouillaud, à la Charité. La femme, apportée avec tous les symptômes de l'étranglement intestinal, présentait, dans l'aine droite, une tumeur oblongue parallèle au trajet inguinal, dont une partie était fluctuante et l'autre dure et bosselée, occupant l'épaisseur de la grande lèvre. Indolore et irréductible, elle donne un son mat et ne se prolonge pas dans l'abdomen. L'autopsie montra que c'était une hydropisie enkystée du canal de Nuck et une masse fibreuse dure.

Au-dessus du pubis existe aussi une tumeur dure, remplissant les culs-de-sac vaginaux. La mort survenue aussitôt

permit de constater une péritonite récente avec distension gazeuse de l'intestin causée par la compression du rectum et du cæcum par des tumeurs des deux ovaires; l'ovaire droit, ayant le volume d'une tête d'adolescent, est formé d'un tissu dur, calcifié, renfermant plusieurs kystes dont le plus gros contient 300 grammes de liquide citrin; l'ovaire gauche, dégénéré, a le volume d'un œuf de dinde, sans kyste, d'un tissu compacte, dur, calcifié, rappelant celui d'un enchondrome, et comprime le rectum. (*Soc. de chir.*, novembre 1873.)

Exploration manuelle de l'intestin. — Voy. RECTUM.

Brides, adhérences. Celles qui résultent des inflammations péri-utérines peuvent déterminer l'engouement et même l'étranglement intestinal, selon M. le docteur A. Nouet. En présence de ces accidents chez la femme, il y a donc lieu de s'inquiéter si des inflammations antérieures ont existé. L'engouement ou l'accumulation, la stase des matières fécales produite par des adhérences s'opposant aux mouvements péristaltiques, se reconnaît à son début lent et insidieux, constipation opiniâtre, permanente, avec tumeur dure, bosselée du gros intestin, douleurs vagues, mobiles, sans vomissements, hoquets, ballonnement du ventre; il doit être traité par les purgatifs. L'étranglement, au contraire, résultant des brides qui diminuent le calibre intestinal, a un début brusque avec douleur vive fixe et circonscrite, coliques intermittentes, vomissements, sans ballonnement notable ni tumeur. L'entérotomie est l'*ultima ratio.* (*De l'occlusion intestinale dans ses rapports avec les inflammations péri-utérines chroniques.* Thèse inaugurale, Paris, 1874.)

Poudres gazéifères. Dans un cas de coliques violentes avec vomissements incessants et suppression absolue de selles, le docteur Libur, soupçonnant une obstruction dans la fosse iléo-cæcale, donna l'opium et les drastiques en vain. Dès lors il eut recours au moyen déjà employé deux ou trois fois (voy. *année* 1872). Injectant dans le rectum une solution concentrée de bicarbonate de soude et, immédiatement après, une autre solution d'acide tartrique, il se produisit aussitôt une quantité considérable de gaz acide carbonique,

qui eut pour conséquence de distendre fortement le tube intestinal. Les gaz et les matières fécales s'échappèrent alors librement et le soulagement fut immédiat.

Ponctions aspiratrices. Chez une femme de cinquante-huit ans, ordinairement constipée avec vomissements et débâcle consécutive, des coliques sans selles survinrent le 3 septembre 1873. Divers laxatifs, purgatifs et drastiques restant sans effet, le ventre se ballonna, des vomissements survinrent avec douleur dans la fosse iliaque droite. Lavements forcés, podophyllin, suppositoires à la coloquinte, frictions belladonées, etc., sont employés vainement jusqu'au 20, lorsque le ventre énorme, les anses intestinales distendues, la face grippée, les yeux cernés, la langue sèche, rendent le danger immédiat. Avec l'appareil Potain, M. Tuefferd (de Montbéliard) ponctionne alors l'intestin le plus saillant. Aussitôt un gargouillement intense a lieu, le ventre se déprime, et deux autres ponctions arrêtent aussitôt les vomissements ; des selles ont lieu six heures après avec grains de mûres et de haricots, et la malade est sauvée.

Un mois après, la même scène recommence, et, averti par l'expérience, M. Tuefferd, après l'insuccès des premiers, pratique de nouveau l'aspiration, dès le septième jour des accidents, et cela avec le même résultat que la première fois.

La mort, survenue ensuite dans un état cachectique, indiquait des lésions organiques qui n'ont pu être vérifiées par l'autopsie. Mais quelle que fût la cause de cette obstruction, l'aspiration a été toute-puissante et peut ainsi être renouvelée en pareil cas. (*Union méd.*, n° 119.)

Étranglement interne. Il en est une variété qui est causée, suivant M. le docteur Faucon, par les hernies internes ou intra-abdominales : méso-colique, intra-iliaque, anté-vésicale et intra-vésicale, du ligament large ou interne, vaginale testiculaire, sinon des pseudo-hernies dues à des dispositions anatomiques anormales du péritoine. Cet étranglement n'a pas d'autre caractère que ceux de l'étranglement interne ou ceux qu'il emprunte à des altérations anatomiques particulières, comme l'existence d'un sac, le défaut de descente des testicules, etc.

La gravité mortelle de ces étranglements conduit l'auteur à proposer l'emploi hâtif de la gastrotomie pratiquée selon les règles de l'art. (*Arch. de méd.*, juin et juillet 1873.)

ÉVERSION. Bien des méthodes et des procédés opératoires, des médications et des médicaments, inapplicables en apparence, réussissent contrairement aux règles de l'art. Telle est la méthode, dite d'*éversion*, employée depuis longtemps par le docteur H. Storer (de Boston) pour l'examen et le traitement des maladies du rectum chez la femme. Elle consiste, la femme étant couchée sur le côté, à introduire l'index dans le vagin à une hauteur suffisante et de presser alors fortement, en arrière et en bas, sur le sphincter de l'anus. Ce muscle, en se relâchant, laisse passer une grande partie de la paroi rectale et parfois toute sa circonférence, de manière que le doigt en est coiffé, comme d'un gant, en franchissant l'orifice anal. Si celui-ci est hypertrophié, irritable et résistant, comme dans quelques cas, et que la pression digitale reste insuffisante pour amener l'éversion, au moins dans une étendue convenable, il ne s'agit que de rompre le sphincter par la dilatation manuelle forcée.

L'auteur dit avoir employé cette méthode avec succès dans un grand nombre de cas et être arrivé ainsi à un diagnostic plus précis que par le toucher ou le spéculum, dans les cas d'ulcérations, de fistules, d'hémorrhoïdes, de corps étrangers, de même que pour leur traitement. Il peut ainsi cautériser avec plus de précision et de sûreté, même avec le fer rouge. Elle est aussi d'un grand secours, selon lui, pour guider le chirurgien dans l'anus imperforé. (*Lancet*, 31 mai.)

Cette méthode paraît aussi étrange et difficilement applicable chez la femme que celle du professeur Simon (de Berlin), qui prétend introduire la main entière dans le rectum et parcourir ainsi tout le gros intestin. Ce sont là des procédés qui n'auront jamais beaucoup d'imitateurs. Aussi, celui de l'éversion, publié et pratiqué par son auteur depuis dix ans, est-il resté inconnu en Europe et presque inappliqué en Amérique. Ce n'est qu'une ressource extrême à tenter dans certains cas exceptionnels.

F

FERMENTS. *Mutabilité physiologique des germes.* Au milieu des disputes des hétérogénistes et des panspermistes, une explication est donnée par M. J. Duval : c'est la métamorphose et la mutabilité des germes de ferment répandus dans l'air sous l'influence des milieux. Après avoir constaté, par des expériences répétées et publiées, l'action des germes répandus dans l'air, conformément à la doctrine de M. Pasteur, il reconnaît cependant qu'il est impossible de rendre évident et palpable une levûre déterminée ou un microzoaire bien connu dans ces germes. La panspermie, privée de cet appui, est ainsi une affirmation vague, sans preuve tangible, visible, et l'hétérogénie une négation sans fondement.

Sporules de mucédinées diverses, spores de cryptogames d'un ordre plus élevé, débris microscopiques d'algues desséchées, tels sont les seuls éléments que neuf années de micrographie aérienne lui aient fait constater dans l'air en mouvement, comme participant à la génération des ferments végétaux. De cellule microdermique, constituée ferment actif, il n'y en a pas une seule, l'observation microscopique le démontre, l'expérience physiologique le contrôle.

Un jus sucré naturel, soumis à l'ébullition ou simplement filtré avec soin, étant abandonné au libre contact de l'air, *ne donne jamais lieu à la fermentation d'emblée.* Les corpuscules qui tombent à sa surface, si on ne les enfonce mécaniquement dans le liquide pour les priver d'oxygène de l'air, donnent seulement lieu à des moisissures de mucor ou de ramifications byssoïdes. Ce n'est pas un ferment.

Quelle est donc la condition pour qu'il le devienne ? Le milieu où il tombe, où il se trouve, le terrain qui doit lui servir d'aliment et de support. C'est la mutabilité des germes microscopiques. M. Duval en a observé et suivi les phases sur plusieurs séminules récentes de mucédinées exosporées. En les emprisonnant sous une lamelle de verre avec du suc de raisin filtré et bouilli ou une décoction de levûre sucrée et limpide, ces séminules s'accroissent par bourgeonnement. L'expérience réussit constamment, tandis que, laissées à

elles-mêmes, les diverses poussières atmosphériques n'éprouvent jamais de modification morphologique. Voilà l'épreuve optique.

Ces poussières, récoltées sur des ballons de glace, ou des sporules déterminées et exemptes de tout organisme étranger, ayant été ensemencées dans des matras à moitié pleins de liquide sucré, dont la stérilité était assurée d'avance, y ont déterminé aussitôt des phénomènes de fermentation continue. Il y avait formation de levûre normale, dégagement d'acide carbonique et production d'alcool, quand les liqueurs étaient légèrement acides. C'est l'épreuve chimique.

La mutabilité de certaines cellules globuleuses d'algues inférieures est encore plus évidente. Du suc de raisin blanc, vierge de toute décomposition depuis cinq mois, ayant été ensemencé, pendant l'hiver, de cellules d'hématococcus, une fermentation énergique s'en est emparée en quatre jours, et la température de 28 degrés centigrades ayant été maintenue, un vin de bon goût, sans acide acétique, en est résulté six semaines après. La levûre formée différait complétement de la levûre habituelle du raisin.

La transformation de certains êtres rudimentaires en levûres hétéromorphes est ainsi acquise à la science et apporte un nouvel élément à l'étude des fermentations. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, juillet et décembre 1873.)

Fermentation putride. Elle est primitive, suivant M. Danet, et se place à côté des fermentations alcoolique, acétique et lactique ; tandis que les fermentations secondaires ou pathologiques, en se mêlant aux premières, y provoquent des phénomènes anormaux. Selon lui, la fermentation putride ne commence que lorsque déjà des phénomènes de catalyse ont modifié la constitution chimique des molécules constitutives, et ce n'est qu'alors que les ferments venus du dehors peuvent accomplir leur œuvre de dédoublement.

D'après ses expériences, les membranes naturelles, à l'état physiologique, ne se laissent pas traverser par les bactéries, tandis que c'est le contraire à l'état pathologique. La bactérie produit seulement la septicémie et ne se développe que si la maladie ou les phénomènes de catalyse ont modifié les matières fermentescibles. La bactérie seule est

toxique et non les vibrions; tous deux périssent dans les milieux sains. (*Acad. de méd.*, mai.)

Pour montrer que la putréfaction n'est pas exclusivement due à un ferment, comme le veut M. Pasteur, M. Devergie montre qu'elle se présente sous quatre formes différentes, quoique toujours identiques, et qui sont : 1° *putréfaction que l'on a nommée putride* ou putrilagineuse qui amène la destruction des parties molles; 2° *putréfaction gazeuse*; 3° *putréfaction savonneuse*; 4° *momification.*

Ces diverses formes se produisent d'une manière constante et uniforme, quel que soit le milieu où elles s'opèrent, et varient seulement, quant à leur degré, suivant la température et l'humidité du milieu. C'est donc là une objection capitale à une cause unique. En se multipliant de plus en plus, les microzoonites devraient augmenter la putréfaction jusqu'à la destruction complète. Au contraire, la momification succède à la putréfaction savonneuse.

Comment admettre que les ferments de l'air déterminent presque simultanément la décomposition putrilagineuse des parties extérieures et la décomposition gazeuse des organes intérieurs en commençant par le cœur et les gros vaisseaux?

Comment expliquer que l'acide phénique, dont on a imbibé la sciure de bois qui garnit un cercueil, puisse empêcher les putréfactions putrilagineuse et gazeuse, et rester impuissant sur la putréfaction ammoniacale et sur la momification, puisque cet acide a la propriété de s'opposer à l'action des ferments de l'air?

Devant ces objections, M. Pasteur a décliné sa compétence pour y répondre, et reconnaît que, dans l'état actuel de la science, un jugement définitif est impossible sur les faits si nombreux et si compliqués de la putréfaction. C'est un aveu dont il faut prendre acte. (*Idem.*)

FIBROMES UTÉRINS. *Rétention d'urine.* Ce symptôme passager survient toujours soudainement et coïncide le plus souvent avec l'époque des règles. Il est dû à la congestion du corps fibreux participant de celle de tout l'appareil utérin et qui comprime ainsi mécaniquement le col de la vessie et l'urèthre. Les progrès de la tumeur n'amènent pas, en général, cette complication.

Cet accident peut même servir d'indication du siége de

la tumeur, surtout si elle est intra-pariétale. Il n'y a guère que la paroi antérieure de l'utérus qui puisse ainsi y donner lieu. Trois observations, rapportées par M. Hardy, en montrent la réalité. (*Edinb. med. journ.*, janvier.)

Injections hypodermiques d'ergotine. Les succès de cette nouvelle médication se confirment au delà de l'Atlantique! Le docteur Parvin relate trois cas où il l'a employée avec une efficacité marquée (*Amer. Practitionner*, mai). Sur cinq cas, le docteur Reeves Jackson en a obtenu trois fois des résultats favorables (*Chicago med. journ.*, juin). Cinq autres succès sont relatés par d'autres médecins. Mais le *modus faciendi* n'est pas toujours le même. Le siége de l'injection varie d'abord et aussi sa composition. Les uns mêlent l'ergotine à la glycérine, et d'autres l'emploient seule dans l'eau. Le docteur Bowls prétend que l'addition de la glycérine est inutile et peut même déterminer une inflammation suppurative locale. Il y a donc lieu de vérifier d'abord la pureté de l'ergotine et ensuite la valeur comparative de cette addition.

Guérison par mortification. Des hémorrhagies très-abondantes, revenant toutes les trois semaines et durant huit à dix jours consécutifs, ayant forcé une femme de quarante et un ans à entrer à l'hôpital de *King's College* le 2 décembre 1873, M. Playfair trouva une tumeur volumineuse et solide, de forme ovoïde, à contours réguliers dans la partie médiane et inférieure de l'abdomen, et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Le toucher montra qu'elle provenait de l'utérus. L'examen, après dilatation du col et sous l'influence de l'anesthésie, la trouva saillante et complétement sessile.

La malade s'épuisant rapidement, M. Playfair divisa le col de chaque côté, le 6 décembre, et incisa le centre de la tumeur, dans une étendue de un pouce et demi, afin d'arrêter l'hémorrhagie et déterminer la pédiculisation.

Pendant dix jours en effet, toute hémorrhagie cessa; mais une véritable perte survint le 17, et à la suite un large fragment de tissu mortifié fut expulsé. Chaque jour de semblables morceaux, de volume variable, furent expulsés, et l'on s'assura par l'examen qu'ils dépendaient de la tumeur désagrégée, mais sans qu'il fût possible de l'énucléer. La féti-

dité excessive de l'écoulement fit pratiquer des injections trois à quatre fois par jour avec le liquide de Condy. Aucun signe d'infection putride n'eut lieu et la malade fut bientôt complétement débarrassée et guérie. (*Obst. Journ.*, juin.)

FIÈVRES. L'élévation de la température ne serait plus seulement, d'après Senator, le résultat d'une exagération des combustions intimes comme Liebermeister l'a avancé le premier. Cela est trop vague pour les positifs Allemands d'aujourd'hui. D'ailleurs Traube soutient qu'elle résulte de la contraction spasmodique des artérioles cutanées et de la diminution de la perte de calorique qui en est la conséquence.

Précisant davantage par de nouvelles expériences sur le chien, Senator a bien constaté que les combustions, les pertes organiques sont augmentées dans la fièvre, mais non parallèlement. Tandis que la perte de l'urée est augmentée de plus du double de l'état normal, l'acide carbonique ne l'est guère que de 5 pour 100. La perte de l'eau est aussi augmentée, contrairement à l'opinion du professeur Botkin. D'où il conclut, par des calculs mathématiques, que ces pertes résultent presque exclusivement de la combustion des matières albuminoïdes, augmentée du double, tandis que celle de la graisse varie à peine. Elle s'accumule ainsi dans l'économie; d'où la rapidité et la facilité des métamorphoses graisseuses pendant la fièvre.

La fièvre consisterait donc, d'après cet expérimentateur, en une augmentation de la combustion spéciale de matières albuminoïdes, tandis que celle des substances ternaires ne varie pas; la rétention de la chaleur par contraction durable et continue, pendant le frisson, des artérioles cutanées et leur rétrécissement alternant avec leur relâchement pendant la période de chaleur. Cet éclectisme accorde au moins raison à MM. Liebermeister et Traube, en les convaincant d'être restés séparément trop exclusifs et de ne pas être allés assez loin. Et voilà le progrès du jour.

Recherches sur le processus fébrile et son traitement, brochure in-8° de 208 pages, par H. Senator. Berlin, 1873.

Centre régulateur de la température. Son siége serait, suivant le docteur Corley, dans la région cilio-spinale de

Waller et de Budge, c'est-à-dire de la troisième vertèbre cervicale à la cinquième ou à la sixième dorsale, et dans la substance grise de cette région.

Toutes les lésions de la région cilio-spinale ne sont pas également aptes à produire l'état fébrile. Ce sont celles qui s'accompagnent d'irritation qui ont, à ce point de vue, l'action la plus grande. Ainsi la pression produite par un épanchement sanguin ou par une esquille osseuse, une plaie n'ayant intéressé l'organe que partiellement, produisent une chaleur plus élevée qu'une section complète de la moelle ou qu'une déchirure occupant toute son épaisseur.

Ces lésions médullaires semblent agir en excitant les échanges moléculaires, d'où résulterait une désassimilation plus considérable des tissus et finalement l'élévation de la température qui accompagne tout processus chimique.

Sans nier l'empoisonnement du sang dans les pyrexies, l'auteur pense que l'altération du sang ne produit le mouvement fébrile qu'en irritant dans la moelle le centre producteur de la chaleur et que c'est consécutivement à cette irritation et par elle que se manifestent l'accélération des phénomènes moléculaires de dénutrition et l'élévation de la température.

Si cette théorie est vraie, les moyens antipyrétiques les plus rationnels sont ceux qui s'adressent le plus particulièrement aux processus indiqués, tels que les névrosthéniques et les pratiques hydrothérapiques.

Cette théorie de la fièvre s'appuie à la fois sur des faits expérimentaux et sur des faits cliniques. Dans toutes les lésions traumatiques ou autres de la moelle, les chirurgiens et les médecins doivent donc noter exactement la nature, l'étendue et le siége de la lésion, ainsi que la température du malade, afin de réunir le plus grand nombre d'observations possibles. (*Soc. chir. d'Irlande*, 16 janvier.)

Des expériences instituées par le docteur Charles Maclean ont donné les résultats suivants :

De jeunes chats soumis à l'action du bromure de potassium ont eu un abaissement de leur température variant de 1/2 à plus de 1 degré Fahr. (température prise dans le rectum le lendemain de l'administration du médicament). Sous l'influence de ce même agent, les vaisseaux capillaires de la membrane interdigitale de la grenouille subirent une

diminution considérable de volume et un rétrécissement tellement marqué de leur diamètre que leur lumière devint bien inférieure au diamètre des globules rouges; l'auteur vit alors ces globules s'effiler pour s'adapter à l'étroitesse de la route qu'ils devaient parcourir, et il put les apercevoir traverser ainsi les capillaires rétrécis, à la manière de petits vers très-allongés, de sorte qu'il ne se manifesta ni arrêt de la circulation ni engorgement sanguin. Au maximum du rétrécissement des capillaires, la température s'était abaissée de 1 degré 1/2 Fahr. chez un petit chat.

Sous l'influence du chloral, les choses se passent différemment; la température s'abaisse d'abord, et cet abaissement peut aller jusqu'à 1 degré Fahr.; mais elle s'élève bientôt et reste élevée, en oscillant entre 1/2 et 1 degré Fahr. Les capillaires sanguins se dilatent en même temps; ils avaient presque doublé de diamètre sur une grenouille, une heure après l'administration du chloral. Sur un chat, au moment du maximum de dilatation des capillaires, la température s'était élevée de 2 degrés Fahr., c'était un véritable état fébrile en miniature.

Quant aux expériences de Naunyn et Quincke, rapportées par Burdon Sanderson, elles n'ont pas donné à M. Ch. Maclean les résultats obtenus par ces physiologistes; la section de la moelle dans la région cervicale a déterminé une légère contraction des vaisseaux qui a duré près de trente heures, mais il ne s'est manifesté aucune dilatation vasculaire, quoique l'animal ait été tenu quarante-huit heures en observation; si l'on avait opéré sur un animal supérieur au lieu d'agir sur une grenouille, peut-être ce rétrécissement des capillaires aurait-il fait place, quelques heures avant la mort, à de la paralysie des vaisseaux avec dilatation de leurs parois et élévation de la température. Ainsi se trouveraient confirmés les résultats en apparence contraires auxquels sont arrivés Naunyn et Quincke d'une part et Rosenthal de l'autre. C'est une recherche pleine d'intérêt qui reste à faire. (*The British med. journ.*, 11 octobre 1873.)

Fièvres intermittentes. Étiologie. Au lieu d'en chercher la cause dans des miasmes de différente nature et désignés sous de nouveaux noms, comme le miasme tellu-

rique, à l'exemple de MM. Bérenguier et Colin (voy. *année* 1865), M. Renard, médecin-major, les ramène tous à l'unité du miasme paludéen. Sous des manifestations différentes, c'est toujours le même qui agit d'après lui. Il en trouve la preuve dans l'identité et l'uniformité de la fièvre dont l'intensité seule diffère. Son maximum est dans les marais, au bord des étangs et des lacs, où ce miasme est en formation continue et répandu en liberté dans l'atmosphère. Les terres non cultivées, surtout les terrains imperméables, le laissent échapper sous l'influence de certaines conditions atmosphériques. Leur défrichement, en le mettant en liberté, produit également la fièvre. De même des grands travaux de terrassements, des profonds remuements de terre, comme les canaux, les fortifications et les chemins de fer. Les émanations telluriques de certaines terres cultivées sont également produites par des matières en putréfaction. A moins que des courants d'air, des vents, ne balayent ces miasmes au loin de leurs lieux de production, comme dans certains lieux élevés, la fièvre se manifeste invariablement. C'est ainsi qu'on l'observe accidentellement dans des contrées non marécageuses où ces vents viennent aboutir. (*Recueil de mém. de méd. et de chir. milit.*, décembre 1873.)

Bromure de potassium. Employé par M. Vallin comme adjuvant du sulfate de quinine dans les cas où celui-ci reste inefficace. Pensant que l'exaltation de l'excitabilité de la moelle persiste après la neutralisation de l'empoisonnement palustre, par l'habitude morbide contractée pendant l'intoxication, il a donné le bromure pour diminuer la sensibilité réflexe de la moelle. Six succès ont justifié cette prévision, mais ce fut le contraire dans trois autres. On ne peut donc y recourir que comme tentative et souvent pour rompre la série des accès, sauf à revenir de nouveau au sulfate de quinine.

C'est surtout contre l'intumescence de la rate que M. le docteur Bernard l'a trouvé efficace en Algérie.—Voy. RATE.

Arsenic. Sur 229 malades atteints de fièvres intermittentes de tous types, de toute gravité, traités en Algérie par M. Sistach, avec la solution arsenicale très-diluée et jus-

qu'à 5 centigrammes par jour, et même plus en en donnant en lavements, il n'y aurait pas eu un seul insuccès! C'est merveilleux, mais M. Moutard-Martin, appelé à faire un rapport à ce sujet, a formulé des réserves tout en reconnaissant que, dans la cachexie paludéenne, la médication arsenicale est supérieure à toute autre. L'hydrothérapie seule peut lui être comparée. La cachexie paludéenne est le triomphe de l'arsenic, mais, dans ce cas, il ne doit pas être administré suivant la méthode de M. Sistach. Il doit être donné à doses modérées et longtemps continuées. Il n'agit plus comme agent perturbateur, mais comme reconstituant, comme excitant des fonctions digestives et assimilatrices. (*Acad. de méd.*, avril.)

Séneçon. Il jouirait de propriétés fébrifuges supérieures à celles du quinquina et ses dérivés, suivant M. Gloesener, pharmacien belge. Voici sa formule :

℞ Herbes fraîches entières de séneçon moins les racines	50 grammes.
Eau commune	550 —

Faites bouillir dix minutes et passez. A prendre en trois fois de deux en deux heures après l'accès. Continuer trois jours consécutifs pour obtenir une guérison radicale. (*Acad. de méd. de Belgique*, juin.)

Fièvre intermittente pneumonique. Un exemple remarquable, observé par M. Damaschino à l'hôpital, a fait l'objet d'une leçon intéressante. Un garçon très-robuste présente un abattement profond, répondant difficilement, le visage rouge, les yeux brillants, avec 96 pulsations et une température de 40°,8. Céphalalgie excessive, gêne extrême de la respiration, violents points de côté, quelques secousses de toux sans aucune expectoration; rien à l'auscultation.

Le début subit de ces accidents, par un violent frisson avec claquement des dents, pouvait faire croire à une pneumonie centrale, mais l'absence de toux et d'expectoration contredisait ce diagnostic. Une éruption était improbable. Des taches bleues disséminées sur la paroi abdominale, la face antérieure des cuisses et la région dorso-lombaire,

justifiaient plutôt une fièvre gastrique avec un point de congestion pulmonaire. Un vomitif est donc administré. Dès le lendemain, tous les accidents ont disparu ; le malade est au mieux. Pouls à 64, température à 36°,9. Mais ils reparaissent le jour suivant, et le retour subit des accidents montre bien une pyrexie pneumonique avec expiration soufflante dans la fosse sous-épineuse et quelques râles fins, à bulles assez égales et sèches, dans une zone périphérique assez limitée, surtout pendant l'inspiration. Le sulfate de quinine donné pendant trois jours amène la guérison. (*Gaz. des hôp.*)

Accès ictéro-hématurique. *Injection hypodermique de quinine.* Chez beaucoup de sujets atteints plus ou moins de cachexie paludéenne, il se manifeste à la fin de l'été, c'est-à-dire d'avril à août, dans l'hémisphère sud et notamment à l'île Maurice, des accès subits de forme ictéro-hématurique que M. le docteur E. Vinson (de Port-Louis) considère comme pernicieux par la rapidité de leur issue funeste. Après un frisson, plus ou moins violent, apparaît dans l'urine un mélange de bile et de sang, puis un ictère général avec nausées et souvent vomissements, spasmes et après le stade de froid, vient la réaction, la chaleur, mais rarement avec sueur.

La première indication est de débarrasser les premières voies et puis de donner le sulfate de quinine, mais le mauvais état de l'estomac s'oppose à son absorption, les urines n'en contiennent pas trace, et de nouveaux accès se succèdent ainsi jusqu'à la mort.

Pour y obvier, M. Vinson a injecté une solution concentrée de 20 à 25 centigrammes de quinine par la méthode hypodermique, et a ainsi prévenu le retour des accès chez cinq malades dont il rapporte les observations et qui tous ont échappé à une mort certaine. (*Gaz. hebd.*, n° 42.)

Fièvres pernicieuses et rémittentes. *Myocardite et myosite symptomatiques.* Tous les médecins ayant observé en Algérie ou dans les pays chauds, ont depuis longtemps signalé la flaccidité, la décoloration, le ramollissement du cœur dans ces fièvres. M. E. Vallin, médecin-major de 1re classe, guidé par les altérations histologiques des muscles, et notamment du cœur, constatées dans différentes

fièvres graves, s'est livré à l'étude histologique de ces organes, à la suite des fièvres palustres graves qui déciment les habitants de l'Algérie en particulier. Sur dix examens histologiques complets, six fois la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur était évidente, trois fois il y avait doute, et, dans le dixième, la putréfaction a rendu le jugement impossible. Quant aux muscles volontaires, il y avait dégénérescence granulo-protéique simple : dans trois cas, les fibres avaient l'apparence normale ; dans trois autres et dans deux, elles présentaient le premier degré de la transformation vitreuse, c'est-à-dire : aspect amorphe, fragilité exagérée, absence de stries, ou striation extrêmement fine et serrée ; formation de plis et de rides, tels qu'ils sont figurés dans une planche. (*Recueil de mémoires de méd. et de chir. milit.*)

C'est donc là une nouvelle analogie histologique entre ces fièvres palustres et la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine et la rougeole, le typhus pétéchial et le choléra. Les symptômes ne diffèrent pas davantage, et l'on rencontre également des ruptures musculaires. Une rupture de l'oreillette droite a même été constatée après un accès de frisson violent. Il n'y a donc pas lieu d'indiquer séparément ces lésions à nouveau. (*Soc. méd. des hôp.*, février, et *Union méd.*, n°s 23 et 24.)

C'est ainsi qu'on observe, par l'étude microscopique, que ces altérations se généralisent dans toutes les fièvres graves, infectieuses et intéressant toute la substance. Cette analogie mérite d'être signalée, et le journal qui a publié le beau mémoire de MM. Desnos et Huchard *sur les complications cardiaques dans la variole* ne devait pas laisser ignorer celle-ci à ses lecteurs, qui s'y rattache à plus d'un titre. Un autre signe commun de ces infections serait l'engorgement de la rate suivant le professeur Friedreich. — Voy. RATE.

Injections dans la trachée. Dans deux cas de fièvre pernicieuse à forme algide, où l'injection sous-cutanée menaçait d'être inutile par le ralentissement de la circulation périphérique, M. Jousset a piqué la trachée à un travers de doigt du cartilage cricoïde avec la canule acérée de la seringue de Pravaz ; la sensation particulière d'une résistance vaincue lui annonçant qu'il était dans la trachée, il injecta

quelques grammes d'une solution de chlorhydrate de quinine au dixième en poussant lentement le piston. C'est un mode d'absorption des médicaments peu usité chez l'homme et qui serait utile surtout, selon M. Cl. Bernard, lorsqu'on emploie de faibles doses d'une substance active. Les veines pulmonaires la déversent presque immédiatement en effet dans le système artériel. (*Soc. de biol.*, mai.)

Fièvre de foin. *Sulfate de quinine.* Sans décrire à nouveau cette espèce spéciale de grippe, coryza ou bronchite qui atteint les moissonneurs, et particulièrement ceux qui se livrent à la récolte des foins, voici un remède facile, un antidote à ce mal singulier dont la cause, suivant Helmholtz, serait tout simplement la présence d'animalcules dans les narines. Le contact des poussières des fourrages qui s'y accumulent, en contact avec le mucus nasal, et l'influence de la chaleur, contribuent probablement à leur développement. D'où la cuisson, la rougeur, la démangeaison et l'écoulement si intenses de cette partie.

Il s'agit tout simplement de détruire, de tuer sur place ces animalcules, hôtes si nuisibles et si malfaisants. Or, le sulfate de quinine ayant été reconnu un toxique infaillible de ces infusoires par le professeur Binz (de Bonn), M. Helmholtz, atteint de ce mal, fit une solution aqueuse de ce sel qu'il renifla avec une pipette, en aspirant le liquide. L'effet désiré fut obtenu immédiatement et il n'y eut plus dès lors ni chatouillement de la pituitaire ni éternuement.

On peut tenter l'expérience sur les personnes atteintes du catarrhe d'été ou d'automne dit *fièvre de foin*. Il n'y a aucun danger en se servant d'une solution de 125 milligrammes, par exemple, de sulfate de quinine dans 100 grammes d'eau. On renifle ou l'on s'injecte dans le nez une cuillerée à café environ de cette solution, trois fois par jour. C'est un remède simple, facile et sans dánger. (*Med. Record.*)

Fièvre typhoïde. *Diagnostic différentiel.* Confondue avec la tuberculose miliaire dans un cas qui fut fatal après les bains froids (voy. TUBERCULOSE), il importe de bien étudier la température pour les distinguer. Elle n'est jamais élevée dans la tuberculose miliaire au début et ne s'élève pas

après le bain, tandis que c'est le contraire dans la fièvre typhoïde. La persistance et l'accroissement des symptômes cérébraux, après les bains, sont aussi un indice de tuberculose, car ils vont en s'amendant généralement dans la fièvre typhoïde.

La température ne suffit pas toujours à la diagnostiquer sûrement, quoi qu'en aient dit Wunderlich et ses partisans. Elle a été ainsi confondue avec une granulie aiguë et généralisée à l'hôpital de la Croix-Rousse (voy. TUBERCULOSE). Dans une pneumonie typhique sans souffle bronchique ni autres phénomènes locaux bien marqués, M. le docteur Français commit la même erreur, que la suite seule démontra (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, avril). Il ne convient donc pas d'accorder un degré de confiance absolu à la thermométrie, en examinant mieux les symptômes et en en tenant plus compte.

Transmission aux animaux. En administrant en injections ou par la bouche les déjections de typhiques à des lapins, M. Birch-Hirschfeld observa, chez la plupart, un mouvement fébrile modéré, amaigrissement, selles diarrhéiques et mort dans l'espace de trois à trente jours. A l'autopsie, lésions caractéristiques des plaques de Peyer, surtout au niveau de la valvule iléo-cæcale, tuméfaction, coloration jaune sale ou blanche, follicules isolés, souvent confluents, ulcérations dans deux cas, à marche très-rapide ; d'autrefois un état réticulé, avec pigmentation des plaques, indiquait un travail de cicatrisation. Une hypertrophie considérable de la rate avec infiltration des ganglions mésentériques s'observait dans la plupart des cas.

Une série de contre-épreuves, faite avec des matières diarrhéiques ordinaires, n'a donné rien de semblable. Aucune lésion spéciale des plaques n'a été trouvée à l'autopsie. (*Berl. klin. Wochensch.*, n° 52, 1873.)

TRAITEMENT. *Bains froids.* Une grande surprise s'est manifestée dans le public médical français lorsqu'un jeune interne des hôpitaux de Lyon, M. F. Glénard fils, revenant de captivité d'Allemagne où il avait vu le docteur E. Brand traiter la fièvre typhoïde par les bains froids à Stettin, publia et soutint avec enthousiasme les merveilleux résultats

obtenus par ce traitement publié par Brand lui-même en 1861. Le moyen n'était pas nouveau. Il y a bien longtemps que Récamier administrait tous les jours à ses typhisés un ou deux bains à 27 degrés, trois lavements froids, et leur faisait boire de l'eau froide légèrement acidulée. Currie, avant lui, avait aussi préconisé la méthode réfrigérante en Angleterre. Les lotions, les affusions froides, même sur la surface cutanée, sont d'un usage général depuis vingt-cinq à trente ans, surtout dans les formes ataxo-adynamiques, pour diminuer la chaleur intense qui dévore les malades. Des compresses froides et des vessies remplies de glace sont fréquemment appliquées sur la tête et l'on donne des boissons froides, des lavements froids dans le même but.

Il s'est même trouvé des médecins français qui, à l'exemple de Récamier, ont érigé ce traitement en méthode générale et exclusive.

En 1852, le docteur Leroy (de Béthune) préconisait l'eau froide *intus et extra* pendant toute la durée de la fièvre typhoïde, associée aux émissions sanguines. C'était une réfrigération continue : de l'eau froide pour toute boisson, trois à six lavements à 10 ou 12 degrés par jour, des compresses sur le ventre et la poitrine amenaient les meilleurs résultats, en abaissant surtout la température, en calmant l'innervation et la circulation. Aucune complication ne contr'indiquait l'emploi de cette méthode, et sur 413 cas où elle fut employée, il n'y eut que 23 décès, soit 5,56 pour 100. (*Union méd.*, 1852.)

Dès 1846, le docteur Wanner traitait la fièvre typhoïde par l'eau froide en boisson, des lavements froids répétés toutes les trois à six heures et des lotions ou fomentations d'eau à la température de la glace fondante. Et cela, comme il l'exprime, pour ramener la température à son chiffre normal de 37 à 38 degrés. Cette méthode, avec les faits à l'appui, a été formulée dans différents mémoires présentés aux Académies et publiés dans les journaux de 1849 à 1866. Toute fièvre typhoïde, traitée par cette méthode dès le premier septenaire, affirme-t-il dans son dernier mémoire de 1866, devait guérir sans convalescence en quinze jours.

Avant lui et dès 1839, le docteur Jacquez (de Lure) avait appliqué et préconisé le même traitement dans un très-grand nombre de cas. Des compresses d'eau froide toutes

les dix minutes, des lavements froids et l'eau froide ou glacée pour toute boisson, constituaient exclusivement le traitement, qui devait être appliqué dans tous les cas sans exception. Sur 313 typhisés traités ainsi, il n'y avait eu que 12 morts, dont 5 chez des malades où le traitement avait été irrégulièrement appliqué. Sur 349 traités autrement, 91 morts en étaient résultées.

D'ailleurs, Nicolas Cirillo (de Naples), dès 1829, publiait un travail intéressant sur l'usage de l'eau glacée dans les fièvres, qui portait le nom de *régime aqueux*. Il consistait dans l'usage externe de l'eau froide et l'ingestion exclusive d'eau glacée. Galien même n'a-t-il pas dit que les remèdes des fièvres continues étaient la saignée et l'eau froide?

Ce n'est donc pas la méthode de réfrigération qui pouvait surprendre en France, car si son emploi exclusif n'y a jamais reçu qu'un accueil assez froid, comme en témoigne l'oubli des travaux de MM. Leroy, Wanner et Jacquez, elle a été constamment en usage dans la fièvre typhoïde. Brand n'en a donc pas la priorité. Ce qui avait lieu d'étonner, c'était la rigueur de ce traitement, son emploi absolu et son succès constant. En voici les détails :

Dès que la maladie est reconnue, le malade est porté dans un bain dont la température est de 20 degrés centigrades, où il est plongé jusqu'au cou. La tête est arrosée d'eau froide à 6 ou 8 degrés, affusion indispensable dans le cas où le malade présente des phénomènes cérébraux. L'affusion dure une ou deux minutes. Pendant trois ou quatre minutes, le malade est frictionné, massé dans l'eau; puis on le laisse en repos. Au bout de quelques minutes, il ressent un frisson violent : la respiration devient haletante, la toux se déclare; quelquefois une selle involontaire a lieu. Le malade veut à tout prix sortir du bain; il doit y être maintenu quinze minutes au minimum. A sa sortie, il est grelottant, violacé et présente un aspect vraiment piteux, à fendre l'âme! On lui remet sa chemise, sans l'essuyer, et il est replacé dans son lit avec une couverture de laine aux pieds : le corps est recouvert d'un drap en été, d'une légère couverture de laine en hiver. Le malade prend un potage tiède et une gorgée de vin vieux, puis on l'abandonne à son frisson qui peut durer de vingt minutes à une heure.

Trois heures après, nouveau bain, et ainsi de suite jour

et nuit, jusqu'à ce que le thermomètre, placé dans le rectum, ne marque pas plus de 38°,5.

Après chaque bain, alimentation liquide, bouillon, lait et café; soupes de pâtes, toujours tièdes; tous les quarts d'heure une gorgée d'eau glacée.

Au bout de vingt-quatre heures, le malade a pris huit bains. Il est métamorphosé. L'adynamie a disparu, la céphalalgie est calmée, la langue est humide. S'il tousse, la poitrine est enveloppée de larges compresses froides renouvelées tous les quarts d'heure. La diarrhée, le ballonnement sont combattus également avec des compresses d'eau froide sur le ventre.

Cette amélioration est constante et ne se dément pas. Il n'y a plus à compter les septenaires, à peser les symptômes, à supputer les chances de salut. Le malade guérira.

Un des inconvénients de la méthode, son inconvénient le plus grave, c'est d'exposer le malade, pendant les premiers jours, à un appétit vorace, insatiable, que le médecin devra se garder de satisfaire. Il faudra qu'il lutte contre les exigences de son patient, séchant ses larmes par de bonnes paroles, punissant ses écarts, surveillant tous ses actes.

Quant aux contre-indications, elles n'existent pas. Quant aux complications, il n'y en a pas.

L'eau froide, encore de l'eau froide, toujours de l'eau froide; pas un seul médicament.

170 malades traités par Brand jusqu'en 1868 donnent 170 guérisons. 89 cas traités à Stettin, en 1870-1871, fournissent 89 guérisons.

Cependant l'auteur avoue qu'il laisse 5 cas de mort en dehors de sa statistique, les malades étant arrivés du vingtième au trentième jour après le début.

Brand a relevé 1411 cas traités suivant sa méthode par divers médecins. La mortalité est de 4,7 pour 100. Cette faible mortalité n'est même pas acceptée par Brand, qui l'attribue, soit à ce que les malades ont été soumis trop tard (après le premier septenaire) au traitement, soit à ce que sa méthode n'a pas été rigoureusement appliquée.

L'appréciation de la méthode se termine par cet aphorisme : Toute fièvre typhoïde, traitée régulièrement et dès le début par l'eau froide, sera exempte de complications et guérira.

Cette méthode est fondée sur la théorie qui attribue la fièvre typhoïde à une fermentation interne ; théorie reproduite en France par M. Davaine, qui fait de la septicémie une fermentation et de la fièvre typhoïde une septicémie. L'analogie expérimentale est du moins frappante : car si l'on mélange une solution d'orge avec une quantité convenable de levûre, la température de 15 à 16 degrés s'élève jusqu'à 35 degrés, en même temps que se produit une fermentation tumultueuse. Si l'on baisse la température, la fermentation s'arrête. Le ferment typhoïde aurait ce même besoin d'une certaine chaleur pour se développer, d'après la théorie allemande, et s'arrêterait aussi par l'abaissement de la température du corps. La température élevée forme ainsi le principal danger et la réfrigération le meilleur moyen de l'annihiler.

Si ce n'est là qu'une hypothèse, elle est du moins ingénieuse et vraisemblable, car elle s'accorde parfaitement avec les faits. Il est généralement reconnu aujourd'hui que l'élévation de la température forme le principal danger de la fièvre. Le professeur Hirtz (de Strasbourg) l'a proclamé depuis longtemps en y opposant l'emploi de la digitale. Mais ce moyen interne, pas plus que les autres, ne peut être continué sans danger. Quelle qu'en soit la cause, — et les opinions sont très-diverses et opposées à cet égard, — il est démontré qu'elle détermine les principales lésions et toutes les complications de la fièvre typhoïde. Sous son influence, le tissu musculaire s'altère, s'enflamme, et le cœur lui-même subit la dégénérescence graisseuse, ainsi que le foie, la rate, l'encéphale ; le sang lui-même se coagule, comme dans l'insolation, et, quel que soit encore le mécanisme de ces altérations, elles n'en sont pas moins réelles et constituent le principal danger de mort. Le délire, les convulsions, le sopor, la tendance à la syncope et à l'asphyxie, tout l'ensemble des phénomènes ataxo-adynamiques est dû, à n'en pas douter, a dit M. Béhier, à l'action pernicieuse d'un sang surchauffé sur les centres nerveux (*Bull. de thér.*, janvier). Et la preuve de son action sur la gravité, c'est que la mortalité est en rapport direct avec son élévation. Sur 174 cas de fièvre typhoïde, soumis à l'examen de la température en six ans, M. Libermann a constaté une mortalité de 3 pour 100 parmi les malades dont la température n'a pas atteint

40 degrés dans l'aisselle; elle s'est élevée à 18 pour 100 chez ceux qui ont dépassé 40 degrés, et à 45 pour 100 chez ceux qui ont atteint 41 degrés et plus (*Union méd.*, n° 102). De même du pouls qui en est un effet. Sur 63 typhiques présentant 120 pulsations à l'hôpital de Bâle, Liebermeister a constaté 40 décès dont 19 sur 37 malades ayant 140 pulsations; 21 sur 26 malades ayant plus de 140 pulsations, et 11 sur 12 malades ayant dépassé 150 pulsations.

De là l'indication et l'avantage de la méthode réfrigérante qui abaisse rapidement cette température élevée. On a constaté que la température du bain s'élève de 2 degrés en même temps que celle du malade s'abaisse de 1°,1 ; elle s'abaisse même jusqu'à 4 degrés et plus (Libermann) et ne reprend son maximum qu'à la troisième heure. D'où l'indication de renouveler ces bains, tant que la température s'élève, de 50 à 200 au besoin; car si la maladie est efficacement combattue par ce moyen, la durée n'en est pas diminuée. La fièvre seule est affaiblie, suspendue, arrêtée, mais la lésion locale persiste. Et comme la proportion des décès, qui était de 18 à 25 pour 100 par le traitement sans bains, est tombée de 4 à 7 pour 100 avec les bains exclusivement, force est bien de reconnaître qu'ils sont efficaces en diminuant la température.

D'accord avec les résultats obtenus par les premiers observateurs français, ceux-ci sont loin de l'être avec la constance des succès affirmée par M. Brand et son imitateur Glénard. Suivant ce dernier, sur 47 cas de fièvre typhoïde traités à Lyon ou dans les environs, de juillet 1873 à janvier 1874, selon la méthode de Brand, il y a eu 47 *guérisons!* On peut, dit-il, fouiller dans les 5 ou 6000 fièvres typhoïdes traitées jusqu'à ce jour par la méthode de Brand, on ne trouvera pas un seul insuccès dans les cas traités régulièrement dès le début. Là est l'excès. Et comme pour l'auteur il n'y a pas de contre-indications à l'emploi de ce moyen, excepté l'hémorrhagie intestinale; que l'éruption cataméniale, les épistaxis, la diarrhée, la congestion pulmonaire, les pneumonies hypostatiques, la phthisie pulmonaire, même avec cavernes, ne s'opposent pas à son emploi, il est évident qu'il y a là des exagérations systématiques aussi contraires à la saine pratique qu'à l'intérêt bien entendu des malades.

Vouloir soumettre tous les typhiques, sans exception, à la

tyrannie brutale et inflexible de cette méthode, c'est rendre vaine la science des indications et n'en pas tenir compte, ne voir que la maladie sans les malades. Quel est le médecin qui, en temps d'épidémie, soumettra indistinctement les cas légers comme les plus graves aux bains froids répétés ? Ne faut-il pas toujours mesurer la dose du remède à l'intensité du mal? Et si un typhique refuse absolument de s'y soumettre, faut-il l'abandonner et se résoudre à lui retirer les soins, comme M. Tripier n'a pas craint de le faire? La certitude mathématique du succès justifierait à peine cette conduite, et, comme elle n'existe pas, il reste au médecin le devoir de concilier les exigences de ce traitement avec les oppositions et les impossibilités qu'il rencontre, autant qu'avec l'intensité de la maladie et ses diverses complications.

Chez trois typhisés admis à l'Hôtel-Dieu, dont l'adynamie allait croissant malgré l'emploi des moyens ordinaires, M. Béhier tenta ainsi au onzième jour dans un cas, au quatorzième dans l'autre, l'usage des bains froids à 20°,3 dans les vingt-quatre heures. Et, dans l'un comme dans l'autre, ils eurent un effet marqué sur l'abaissement de la température et l'ensemble des phénomènes fébriles qui y sont liés. De même dans le troisième cas, malgré la prédominance de la forme thoracique. Dès le quatrième jour, tous les symptômes se sont améliorés sous l'influence des bains froids répétés, et, un mois après son entrée, le malade était guéri. (*Gaz. des hôp.*, n° 40.)

On verra plus loin que M. le docteur Luton se borne à la *diète hydrique* pour remplir les mêmes indications et en se fondant sur la même théorie que M. Brand. Il est reconnu aussi que d'autres procédés, plus faciles dans leur application que les bains, abaissent également la température. M. Jaccoud a reconnu que les lotions froides avec le vinaigre aromatique sur toute la périphérie du corps abaissent la température d'un degré, sans le grave inconvénient d'exiger le déplacement du malade et l'exposer à des secousses, des tractions, des efforts, toujours dangereux pour l'intestin distendu par des gaz et aminci par des ulcérations.

Dans les campagnes, où il serait souvent si difficile de faire prendre un bain et plus souvent encore de le faire accepter froid, MM. les docteurs Compin (de Charolles) ont

imaginé un subterfuge innocent qui fait accepter, et même rechercher par leurs typhisés, la médication réfrigérante. C'est d'ajouter à l'eau froide quelques cuillerées de solution phéniquée au 100ᵉ. Les malades et les familles accordent une grande vertu à cette addition. Trois lotions sont faites par jour de la tête aux pieds en avant et en arrière, à la grande satisfaction des malades, qui, en se sentant rafraîchis, calmés, améliorés, réclament eux-mêmes la lotion dès que la température s'élève de nouveau.

Dans l'impossibilité de faire accepter les bains froids, M. Rodet les a remplacés par des vessies remplies de glace, maintenus sur la tête. Un abaissement d'un degré de température en est résulté, et le pouls est tombé de 100 à 84.

Tels sont encore les lavements froids. M. le docteur Foltz (de Lyon), en prenant successivement sept ou huit lavements d'eau froide à 8 degrés, gardés cinq à six minutes, a constaté que le pouls, de 65, est tombé une fois à 46 et de 80 à 52 une autre fois ; la température, de 37°,3 s'est abaissée à 35°,3, et, deux heures après le début de l'expérience, le pouls restait encore à 58 et la température à 36 degrés. Pour atteindre le même résultat, le docteur Kemperdich propose de faire passer, pendant dix à trente minutes, un courant d'eau froide dans le rectum des malades dont on veut abaisser la température, au moyen d'une simple sonde œsophagienne qu'il enfonce de six pouces au moins dans le rectum, et par laquelle il injecte, pendant le temps voulu, de l'eau à une température relativement basse.

Dans un cas de fièvre typhoïde, la température se maintenait, avant l'injection, à 105°,2 Fahr. ; après trente minutes d'irrigation, elle fut réduite à 104 degrés Fahr., et s'abaissa encore de 1°,1 Fahr. après la cessation de l'irrigation.

Tant que la température n'a pas atteint un degré extrême et que les accidents ataxo-adynamiques ne sont pas très-accusés, on peut donc se borner à l'emploi répété d'affusions, de lotions, de fomentations froides et d'un régime aqueux ou diète hydrique. Ce n'est que lorsque la vie est sérieusement compromise que le médecin doit recourir sans hésitation aux dernières chances de sauver son malade. Les bains froids répétés sont ainsi indiqués lorsque la température s'élève de 41 à 41°,5 et au-dessus, qu'elle se maintient

à ce chiffre élevé, ou lorsque les phénomènes ataxo-adynamiques ont une grande intensité. (*Union méd.*, nos 41, 44, 46, 47, 58, 61 et 64.)

On peut juger, par ces détails succincts, si la priorité de la méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde appartient bien à M. Brand, et si elle ne doit pas être plutôt appelée méthode française que méthode allemande. Ce qui revient bien évidemment à l'auteur allemand, c'est l'emploi exclusif, absolu, des bains froids répétés toutes les trois heures, pendant toute la durée de la maladie et dans tous les cas indistinctement. Il peut bien l'avoir empruntée à ses devanciers français : Leroy, Wanner et Jacquez, avec toute sa rigueur ; mais, de même que l'absolutisme de ceux-ci a empêché d'adopter leurs méthodes exclusives en France, celle-ci y serait probablement toujours restée ignorée, inconnue, sans l'intervention de son importateur, M. Glénard. Elle n'y aurait même jamais été appliquée sans l'explosion subite d'une épidémie de fièvre typhoïde à Lyon, au mois d'avril 1874, et qui permit de l'expérimenter dans les hôpitaux. Or, voici le résumé des expériences faites à cet égard :

Tout d'abord et en présence des succès vantés et rapportés par M. Glénard, les enthousiastes se rangèrent de son côté. C'est ainsi que, dans la jeune Société des sciences médicales, la nouvelle méthode eut la majorité, tandis que ce fut le contraire à la Société de médecine, où MM. Soulier, Perroud, Gromier et Valette eurent à lutter énergiquement pour la faire prévaloir contre M. Teissier, le savant professeur de clinique. Prudence et circonspection y fut le mot d'ordre, tandis que d'autres, moins réservés, y soumettaient indistinctement tous leurs malades, comme Brand et M. Glénard l'avaient fait et recommandé.

Mais l'épidémie n'était pas encore éteinte que déjà l'enthousiasme se calmait devant les insuccès que les plus chauds partisans de la méthode Brand étaient bien obligés de reconnaître, et qui en infirmaient le fameux aphorisme constitutionnel. On refusa d'abord d'admettre comme tels deux cas de mort de MM. Glénard et Bondet ; mais quand les autopsies se multiplièrent à l'Hôtel-Dieu sur des cadavres ayant été soumis aux bains, et bien reconnaissables à l'état de la peau, aux phlyctènes, aux furoncles qui s'y

trouvaient, on fut bien forcé de reconnaître qu'elle n'était pas infaillible comme on l'avait annoncé.

Au début de l'épidémie, les cas étaient en général légers et bénins. Tous les observateurs se sont accordés à le reconnaître. Tellement que l'on a été jusqu'à discuter si ce n'était pas là une simple grippe, une fièvre catarrhale ou muqueuse. M. Alix, chirurgien de l'hôpital militaire, l'appela ainsi état typhoïde, fébricule, typhus *levissimus*. M. Marduel signale ce fait que trois médecins ayant soigné 121 malades n'en ont pas perdu un seul. Quoi d'étonnant qu'en soumettant indistinctement ces malades aux bains froids, les premiers observateurs n'aient aussi obtenu que des guérisons?

Des syncopes survenues dans le bain, et mortelles dans un cas, des enrouements avec aphonie, des pneumonies intercurrentes, la fréquence des entérorrhagies, montrèrent bientôt qu'au lieu de mettre à l'abri des complications, le nouveau traitement en faisait naître. La répulsion, la lutte de quelques malades pour ces bains froids répétés ayant obligé d'en cesser l'usage, on les vit guérir quand même, tandis que d'autres succombaient après en avoir pris jusqu'à 68.

Tout favorable qu'il fût à cette méthode, M. Chavanne admit et formula la distinction des typhiques qui n'y devaient pas y être soumis. Tous les cas simples avec peau sèche, pouls non dicrote, diarrhée naturelle, langue pas trop sèche, température à 39 degrés, devaient en être exempts. Sur 16 cas observés en ville, 2 seulement lui ont paru devoir être soumis aux bains en vertu de cette règle. Les 14 autres ont guéri. On n'eût pas manqué de les citer en faveur de la méthode s'ils eussent pris quelques bains. Mais, au contraire, des 30 typhiques qui y ont été soumis par le même et qui ont pris en tout 1434 bains, 6 sont morts. Sur 44 cas traités de même par M. Mayet, il y a eu 5 morts; c'est donc 11 décès sur 74 cas. Proportion considérable, comme on voit, et telle que les statistiques des médecins allemands l'avaient déjà signalée. Sur 24 typhiques traités par la méthode de Brand, à l'hôpital du Gros-Caillou, M. Libermann a eu 2 décès (*Union méd.*, n° 97). Ce traitement n'empêche donc ni les complications ni la mort. Où est son avantage?

Une statistique de 251 cas traités par douze médecins de

Lyon, au moyen des réfrigérants ordinaires et sans bains, n'a donné que 5 décès, et M. Alix n'en a eu que 47 sur 452 typhiques traités à l'hôpital militaire. (*Lyon méd.*, n° 8 et suiv.)

Ce n'est donc pas dans tous les cas de fièvre typhoïde et invariablement qu'il faut appliquer cette méthode, comme le prétend M. Brand, mais suivant la gravité et la nature des cas. Sur 100 typhiques, dit M. Libermann, 50 à 60 sont des cas légers, guérissant infailliblement par une hygiène appropriée. Pourquoi, dès lors, les soumettre aux bains froids qui peuvent faire naître des complications sans garantie de guérison ? Il faut les réserver pour les cas où la gravité dépend de l'hyperthermogenèse. Et il en formule ainsi les principales indications : température de 40 degrés dans le rectum ou de 39°,5 dans l'aisselle ; absence de rémission du soir au matin ; pouls à 120 pendant deux à trois jours consécutifs et, à bien plus forte raison, au-dessus. Le délire et les phénomènes ataxo-adynamiques en indiquent également l'emploi, suivant la généralité des observateurs.

La méthode de Brand n'est donc pas plus un spécifique de la fièvre typhoïde que les saignées répétées, les purgatifs, le sulfate de quinine, l'alcool, la digitale, ni tant d'autres vantés tour à tour comme tels. Elle ne saurait être employée dans sa forme absolue, car la gravité du mal varie suivant les cas, les âges et les épidémies. Chaque malade doit être traité selon les variétés qu'il présente. C'est ainsi que M. Vidal, en ne voyant aucun symptôme s'améliorer, pas même la température, après huit jours d'emploi de la méthode de Brand chez un jeune soldat de l'hôpital du Gros-Caillou, n'hésita pas à lui administrer 8 décigrammes de sulfate de quinine par jour. Le malade entra rapidement en convalescence et guérit. (*Union méd.*, n° 102.)

A la suite d'expériences faites à l'hôpital Beaujon, service de M. Gubler, voici les conclusions d'un article très-bien fait sur ce sujet, par M. le docteur Bordier, et qui peuvent être mises en parallèle avec celles de M. Glénard :

1° L'emploi de l'eau froide dans les maladies aiguës n'est pas une méthode nouvelle, pas même dans ses exagérations ;

2° Son influence sur le pouls et sur la température est incontestable, mais cette action, la dernière surtout, est variable de sens et d'intensité ; *elle est peu durable.*

On fait perdre facilement au pouls 15 à 17 pulsations.

Quant à l'abaissement de température, la moyenne donne : pour les affusions de 4 à 17 degrés, une perte de 1 à 2 degrés; pour les bains de 4 à 18 degrés, une perte de 1 à 6 degrés, perte qui, *heureusement*, n'est pas durable; pour les bains de 20 degrés (méthode de Brand), une perte de 0°,1, 0°,2, 0°,4, 0°,8, 1°, 2°; pour les bains de 27 à 35 degrés, une perte de 1 degré; *la durée de cet abaissement est ici plus longue*;

3° L'emploi de l'eau froide, tel que le préconise Brand, peut produire la syncope; dans la fièvre typhoïde, il augmente la diarrhée; il accroît la fréquence de l'hémorrhagie intestinale : deux phénomènes dus à la congestion viscérale;

4° Divers accidents, tels que laryngite, pneumonie, sciatique, douleurs rhumatoïdes, engelures ulcérées, paraissent être, dans quelques cas, résultés du traitement;

5° Les eschares ont été moins fréquentes, ce qui s'explique au moins par la plus grande propreté qui entoure le malade; la durée de la maladie, peut-être pour la même cause, a été, d'après certains tableaux, un peu moins longue;

6° La mortalité moyenne, dans la pneumonie, a été supérieure à la mortalité moyenne de la même maladie traitée par toute autre méthode, y compris l'expectation, sauf la saignée;

7° La mortalité moyenne, dans la fièvre typhoïde, n'a pas été inférieure à la mortalité moyenne donnée par les autres méthodes.— La moyenne de la mortalité avec l'eau a été, en effet, de 8,7 pour 100, alors que, sans eau, Valleix, Bouillaud, Lombard, Delaroque, Andral et Louis ont eu 7,8 pour 100, et que la mortalité moyenne, à Paris, est de 5, 8 ou 9 pour 100;

8° L'emploi de l'eau froide, dans tous les cas de maladie aiguë, n'est justifié ni par les causes ni par les effets de l'élévation de température;

9° Certains fébricitants ne produisant pas, en réalité, de chaleur en excès, ne sauraient sans danger supporter une spoliation de calorique un peu importante. Certains autres, produisant en réalité un excès de calorique, comblent vite la perte momentanément faite sous l'influence de l'eau froide.

10° L'hyperthermie ne constitue pas toujours un danger

par elle-même ; si ce danger existe pour les températures de 42°,5 à 43 degrés, il n'existe pas au-dessous ;

11° Les troubles trophiques ne peuvent être mis sur le compte de l'élévation de la température, puisqu'on les voit se produire sans hyperthermie et que, dans certaines maladies, ils n'accompagnent pas cette hyperthermie.—Enfin, l'hyperthermie fait partie de la marche naturelle des maladies et ne saurait être enrayée complétement que si l'on enrayait la maladie elle-même, ce qui, pour les maladies infectieuses au moins, est impossible ;

12° L'eau froide agit bien moins par soustraction de calorique en nature que par la mise en action de phénomènes réflexes et par soustraction de *force* non transformée en calorique ;

13° L'eau, suivant que sa température est plus ou moins inférieure à celle de l'organisme, et suivant que son contact avec cet organisme est moins ou plus prolongé, produit des effets opposés de *stimulation* et de *sédation ;*

14° Le bain de 30 à 32 degrés et les lotions de 25 à 28 degrés suffisent, sans douleur pour le malade, sans danger et sans difficulté opératoire, à obtenir tous les effets *antiphlogistiques* de l'eau. (*Journ. de thérapeutique.*)

Morts subites. Sur 5 typhiques traités par les bains froids, à l'Hôtel-Dieu d'Avignon, par M. Carré, 3 ont guéri, 2 sont morts subitement, en dehors du bain : le premier après en avoir pris 21 en trois jours, le second 4 seulement. La mort est survenue sans que rien ne la fît prévoir. Une diminution sensible de la température, une amélioration notable faisaient espérer le succès, lorsque quelques soupirs terminèrent la scène, une heure après le bain.

L'examen du cœur n'ayant pas été fait, il est impossible de dire s'il n'était pas graisseux, mais ce n'en est pas moins là un accident dont il faut tenir grand compte dans l'appréciation de cette méthode. (*Gaz. des hôp.*, n° 60.)

Embrocations grasses. A côté de ce traitement des bains froids, que personne en France n'aura probablement envie de généraliser, sinon M. Glénard, en voici un autre, également de provenance allemande, au moyen duquel on arriverait au même but par une voie bien différente.

Le docteur Lowinson a remplacé les bains froids, dans les cas où ils étaient contre-indiqués ou mal supportés, par des embrocations générales avec du lard, qu'il emploie avec succès depuis trois ans. Il a constaté qu'une heure après les embrocations, la température tombait en moyenne de 1 degré centigrade à 1° 1/2. La chute n'a jamais été inférieure à 1/2. L'auteur les fait pratiquer deux fois par jour pendant une ou deux semaines.

Tous les trois ou quatre jours, il nettoie la peau avec de l'eau de Cologne qui produit une rapide évaporation. Depuis qu'il traite ainsi ses malades, il n'en a perdu aucun. Schneemann (de Hanovre) est le premier qui ait indiqué que les embrocations de lard produisent un abaissement de température.

Diète hydrique. C'est par l'eau froide filtrée et au besoin glacée, donnée à discrétion, que M. Luton (de Reims) traite ses typhiques depuis 1869. La théorie de cette médication repose sur la prompte altération des matières alimentaires, et surtout des sucres et des fécules au contact des surfaces malades et des produits en résultant, qui jouent le rôle de ferments en contribuant à augmenter ainsi l'inflammation de l'estomac et de l'intestin.

De là la privation absolue d'aliments et de boissons sucrées pour supprimer les ferments et l'irritation qu'ils déterminent. L'eau pure, bue d'abord avec avidité, puis avec modération, et enfin avec une certaine satiété, est quelquefois vomie au début, mais bientôt la tolérance se fait. Sous son influence, les selles sont en premier lieu plus abondantes, puis elles se modèrent, deviennent moins fétides, et définitivement cessent pour faire place à une véritable constipation.

La putridité et l'adynamie qui s'ensuivent, les congestions viscérales, les eschares au sacrum, l'état fuligineux de la bouche, tout cède comme par enchantement, en quatre ou cinq jours, à l'influence de cette diète hydrique, quelle qu'en soit la théorie.

La durée du traitement est subordonnée à la marche générale de la maladie; elle peut varier entre quatre ou huit jours, si l'on n'a égard qu'à la fièvre typhoïde prise en bloc. Mais si l'on prétend n'attaquer que l'élément entérite, con-

tre lequel la médication est principalement dirigée, trois ou quatre jours peuvent suffire. Alors on considérera le traitement comme terminé et l'on permettra une alimentation légère.

Il est bien entendu que les indications spéciales sont remplies comme d'ordinaire. Un éméto-cathartique, le sulfate de quinine, sont administrés lorsqu'il en est besoin, et contre la toux, l'eau distillée de laurier-cerise ou le bromure de potassium. Des lavements d'eau froide et des cataplasmes sont employés, ainsi que la plus extrême propreté.

Ce n'est que par une statistique comparée que l'efficacité de cette médication aqueuse pourra être démontrée et suivie avec confiance.

Injections d'ergotine. Une fille de seize ans était à la fin de la troisième semaine d'une fièvre typhoïde, quand une épistaxis grave survint avec hémoptysie, hématurie consécutive, et de nombreuses taches purpurines sur toute la surface cutanée. Le tout survint en quarante-huit heures. La térébenthine, l'acide gallique, l'eau de Rabel et tous les styptiques classiques furent en vain administrés, les hémorrhagies persistaient en épuisant la malade dont la mort paraissait prochaine.

M. Lane, considérant ces accidents comme un purpura, eut recours à l'ergotine, à cause de son action sur les fibres lisses et fit une injection hypodermique de 5 centigrammes d'extrait. Les diverses hémorrhagies diminuèrent immédiatement, et il suffit de la répéter pour les faire cesser complétement. Soumise à un régime tonique et une médication stimulante, la malade guérit parfaitement. (*British med. journal*, septembre.)

N'est-ce pas là un simple accident de la fièvre typhoïde, et faut-il en faire une autre maladie à part? Dans tous les cas, l'emploi du perchlorure de fer était indiqué avant ces injections.

Danger du perchlorure de fer. Un homme de cinquante-deux ans, admis à la Charité (de Berlin), dans le cours de la seconde à la troisième semaine d'une fièvre typhoïde et traité par les bains froids, présenta, quelques jours après son entrée, des selles plus fréquentes et liquides. Dès le

sixième jour, la faiblesse devenant extrême, M. Frantzel administra 5 gouttes de perchlorure de fer toutes les deux heures avec du vin rouge. La diarrhée ne diminuant pas, on cesse l'usage du fer six jours après; mais, dès le treizième, le malade se plaint de mal de gorge, avec des signes de pharyngite. Grande dyspnée le lendemain empêchant le sommeil, puis orthopnée et collapsus, cyanose, sentiment de constriction du thorax. Le creux jugulaire a disparu et est remplacé par une saillie qui s'élève jusqu'au bord inférieur du larynx, et s'étend latéralement à l'insertion supérieure du sterno-mastoïdien. Salivation abondante, hyperémie et gonflement du palais et du larynx, matité profonde derrière le sternum, allant en décroissant de haut en bas jusqu'à la troisième côte. Faiblesse générale du murmure respiratoire, mort par suffocation.

L'autopsie révéla un œdème du tissu connectif de la partie antérieure du cou et de celui qui entoure le médiastin, avec exsudation opaque et même purulente par places. La trachée en était comprimée dans toute sa longueur, d'avant en arrière. Gonflement, hyperémie et infiltration de liquide semi-purulent de la muqueuse du pharynx et de l'œsophage. Celle du larynx, sans œdème, était ulcérée sur le bord droit et le bord supérieur de l'épiglotte.

Cette inflammation purulente aiguë du médiastin, très-rare dans la fièvre typhoïde, est rapportée par le docteur Frantzel à l'usage prolongé du perchlorure de fer. En produisant une pharyngite phlegmoneuse, celle-ci s'est étendue par le tissu connectif au médiastin. Ayant eu l'occasion de prescrire le perchlorure contre l'hémorrhagie intestinale, dans de nombreux cas de fièvre typhoïde, il a observé souvent des complications du côté du larynx. Ce serait donc là un nouveau danger de ce moyen qui n'avait pas encore été prévu ni observé jusqu'ici. (*Berl. klin. Wochensch.*, mars.)

Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde, par le docteur Bourneville, brochure in-8° de 80 pages, avec tracés thermographiques, Paris. Démonstration que l'étude seule de la température permet de prévoir les rechutes et les complications de la fièvre typhoïde, que les sueurs copieuses comme les épistaxis abondantes,

les hémorrhagies et les perforations intestinales l'abaissent dans des proportions plus ou moins considérables, ce qui peut entraîner des méprises sur l'issue, quand on ne connaît pas cette influence séméiologique. C'est donc là un travail essentiellement pratique.

De la fièvre et des bains froids, ou du traitement de la fièvre par la méthode réfrigérante, par le docteur Henri Huchard, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Paris, 1874.

Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids à Lyon, par le docteur Frantz Glénard. Lyon, 1874.

Formes légères. Les formes abortives du typhus abdominal n'ont que depuis Griesinger attiré l'attention des cliniciens qui ont pris l'habitude de les considérer comme les différents degrés d'une même affection. Ces formes légères étaient jusqu'ici peu connues, bien moins par exemple que celles de la rougeole, de la scarlatine ou de la variole. La raison en est dans la difficulté de leur diagnostic, qui est essentiellement étiologique, et échappe souvent aux études hospitalières. Pour établir le rapport d'identité des formes légères et des formes graves ou simplement ordinaires, il faut nécessairement voir beaucoup de malades dans la clientèle privée, car il est rare qu'ils recherchent le secours de l'assistance publique.

Griesinger a déjà établi que le caractère distinctif des formes morbides dont il s'agit réside dans la *courte durée* et non dans le peu d'intensité des symptômes. La moitié des cas environ commencent par *un frisson*, c'est-à-dire que le jour du début est le plus souvent brusque et facile à déterminer exactement. Dans 85 pour 100 des cas, Jürgensen l'a noté avec précision. L'ascension se fait rapidement, c'est-à-dire que la première période de Wunderlich fait défaut. On sait que le mode particulier d'augmentation des valeurs thermométriques des quatre ou cinq premiers jours, suivant lequel la température du soir dépasse de 1 degré la température du matin, et de 0°,5 celle du soir précédent, est, pour ce clinicien, caractéristique de la typhoïde. Dans le typhus

léger, Jürgensen a déjà trouvé 40 degrés trente heures après le frisson initial. Le maximum s'observe le soir; le minimum, tard dans la matinée.

La fièvre est de courte durée; on voit fréquemment une fièvre continue, avec faibles rémissions et très-hautes températures, céder en peu de jours, et le thermomètre descendre en vingt-quatre heures de 40 ou 41 à 37 degrés. La troisième période manque; on n'observe pas ces oscillations mouvementées qui répondent à la cicatrisation des lésions intestinales, à moins que la maladie ne soit négligée ou mal soignée. — L'hypertrophie de la *rate* est à peu près constante, elle est notée dans 92 pour 100 des cas; elle s'accentue de bonne heure, du deuxième au troisième jour, et disparaît de même rapidement. En général, la *roséole* est d'autant plus accusée que l'affection est plus intense; elle apparaît du quatrième au cinquième jour. — La bronchite est ordinairement légère, elle se rencontre dans 23 pour 100 des cas; les complications pulmonaires graves manquent. Le plus constant des symptômes intestinaux est la douleur iléo-cæcale, elle ne manque presque jamais. La diarrhée varie beaucoup suivant les épidémies, elle existe dans 16 pour 100 des cas. L'urine est quelquefois albumineuse.

La convalescence des affections typhoïdes légères frappe toujours par sa longueur, comparée à la courte durée de la période d'état; les fonctions psychiques restent longtemps affaiblies, la mémoire souffre.

Le typhus abortif est souvent traité de maladie insignifiante et mal surveillé; de là, la proportion considérable des *récidives*. Jürgensen établit que quiconque, après un typhus léger, commet une erreur de régime, peut compter sur la récidive; il considère la majorité des cas rangés dans la catégorie des typhus ambulants comme des typhus légers aggravés brusquement par un régime imprudent. On doit par conséquent insister sur la nécessité d'une extrême sévérité dans le traitement diététique, et ne permettre de nourriture solide qu'au sixième jour d'apyrexie complète. Le repos au lit, l'alimentation liquide, constituent les principales règles de traitement. Les antipyrétiques, l'hydrothérapie et la quinine, sont indiqués quand le thermomètre atteint un chiffre élevé; il est à remarquer à ce propos que l'abaissement de la température, qui résulte des bains froids,

est plus considérable que dans la fièvre typhoïde d'intensité ordinaire. La quinine jouit de la même propriété. (*Volkmann's klinische Vorträge.*)

Autotyphisation par fatigue. M. le docteur Peter appelle ainsi les accidents typhiques survenant chez les individus surmenés, épuisés par les fatigues morales et physiques ; ce sont les fièvres adynamiques des anciens. La fatigue morale donne lieu à des produits de .désassimilation, la leucine et la cholestérine, aussi bien que la fatigue physique produit de la créatine et de la créatinine. A défaut d'être éliminés, ils infectent le sang, et produisent les fièvres charbonneuses chez les animaux surmenés, comme le typhus chez les jeunes soldats exposés aux marches forcées, à une alimentation insuffisante, aux préoccupations, aux chagrins et aux fatigues de toute sorte du corps et de l'esprit. Toute une classe de maladies typhiques, comme l'ictère grave ou *typhus cholémique*, l'endocardite ulcéreuse ou *typhus athéromique*, l'urémie ou *typhus urinémique*, résultent ainsi de l'accumulation dans l'économie de produits infectieux. Telle est l'autotyphisation.

Une femme de quarante-huit ans, entrée le 6 novembre à l'hôpital Saint-Antoine, en fournit la démonstration clinique. Après avoir passé dix-sept jours et dix-sept nuits au chevet de son enfant atteint de fièvre typhoïde, épuisée moralement et physiquement, elle avait éprouvé des frissons, et présentait, à l'examen, un aspect typhoïde des plus marqués. Prostration telle, qu'elle répondait à peine aux questions, incapable de faire le moindre mouvement ; température à 40°,2. Il y avait un peu de météorisme, quelques pétéchies, du gargouillement dans les deux fosses iliaques, mais sans diarrhée, ni taches rosées, ni engorgement splénique.

Un examen léger pouvait faire croire à une fièvre typhoïde par contagion. Mais l'âge de la malade et une fièvre typhoïde à vingt-deux ans l'en avaient mise à l'abri ; l'absence de pétéchies, de taches rosées, de diarrhée, malgré le gargouillement, devait réformer ce diagnostic. Ce n'était là qu'une fièvre adynamique par fatigue, une *autotyphisation*. Et de fait, le repos, un régime tonique, suffirent à abaisser journellement la fièvre et la température, et à amener la guérison (*Union méd.*, n° 1.)

Fièvre jaune. L'épidémie de fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans pendant l'automne dernier, et qui, du 6 juillet au 2 novembre, sur 368 cas, a fait 200 victimes, a permis au docteur J. Jones de tenter à cet égard une expérience assez curieuse. Il inocula à des animaux le sang et le liquide du vomissement noir des victimes. 30 gouttes de sang, pris dans le cœur aussitôt après la mort, injectées hypodermiquement à une chienne n'ont rien produit, mais elles ont tué un cochon d'Inde au troisième jour. Du liquide noir vomi par des malades *in extremis*, ou pris dans l'estomac après la mort, injecté de même sous la peau à trois cochons d'Inde, les a tués également en six à huit heures; d'où il conclut que c'est là un poison septique, rapidement mortel... pour les cochons d'Inde, aurait-il dû ajouter; mais, comme tous les expérimentateurs, il conclut de ce petit animal à l'homme.

Inférant de ce fait expérimental, il suppose en effet que l'absorption de cette matière noire par la muqueuse gastrique des malades, souvent dénudée de son épithélium, et dont les capillaires sont parfois rompus, peut bien les empoisonner et déterminer la mort, surtout quand la putréfaction s'en est emparée. C'est dans le but de la prévenir qu'il a employé comme désinfectant le sulfo-carbonate de sodium à la dose de 1 à 2 grammes dans un verre d'eau toutes les trois heures. Le malade ayant guéri dans l'unique observation qu'il rapporte, la confirmation est ainsi complète... à la manière allemande.

Les observations thermométriques n'ont rien appris de nouveau, sinon que la température s'élevant à 40°,5 dès le début, et surtout au-dessus, rend la mort presque inévitable. Des lotions, des compresses et des lavements froids, sont ainsi indiqués pour diminuer cette température, de même que dans la fièvre typhoïde. (*Boston med. and surg. Journal*, août 1873.)

Epidemic diseases as dependant upon meteorological influences, par le docteur C. Spinzig. Brochure de 58 pages. Saint-Louis, 1874.

L'épidémie de fièvre jaune, qui a sévi l'automne dernier dans la ville de Memphis sur le Mississipi, a fait, sur une population de 40 226 habitants, 1162 victimes du 15 septembre au 15 novembre, et 678 à Shreveport sur 3000 ha-

bitants, tandis qu'il n'y a eu simultanément que quelques cas isolés à la Nouvelle-Orléans où ce fléau est endémique. L'auteur cherche à expliquer ces différences par les influences atmosphériques et météorologiques, dont il donne les tableaux comparatifs dans ces trois villes pendant cette période. L'égalité et la douceur de la température, dans cette dernière capitale, paraissent lui donner raison, et il invoque à l'appui tous les témoignages étrangers. C'est donc un nouvel appoint à cette nouvelle étiologie des épidémies que l'on pourra consulter au besoin.

Fièvre bilieuse mélanurique. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. Sa ressemblance avec la fièvre jaune et sa fréquence parmi les Européens au Sénégal rendent sa distinction extrêmement utile au point de vue des quarantaines et de sa non-contagiosité. Voici, d'après M. Bérenger-Féraud, ses caractères différentiels :

Étiologie. Une personne est de plus en plus exposée à la fièvre mélanurique, qu'elle séjourne plus longtemps dans les pays paludéens intertropicaux. C'est absolument le contraire pour la fièvre jaune.

Marche, rechutes. Comme pyrexie paludéenne, elle est précédée et suivie d'accès franchement intermittents; rien d'analogue dans la fièvre jaune.

Les vomissements sont constamment verts, teignent les linges en vert, et contiennent de la biliverdine. Ceux de la fièvre jaune varient suivant la période de la maladie ; les derniers sont noirs et teignent les linges en bistre ou en marron.

La première reparaît avec une facilité de plus en plus grande, tandis que la rechute de la seconde est si rare qu'on l'a niée.

Anatomie pathologique. Pas de lésion pathognomonique de l'estomac dans la fièvre mélanurique ; foie volumineux, hypérémié ; c'est le contraire dans la fièvre jaune.

La distinction est donc possible et même facile. La première, étant une pyrexie paludéenne non-contagieuse, ne doit pas entraîner de séquestration quarantainaire, qu'il est si prudent de maintenir avec rigueur pour la fièvre jaune. (*Acad. de méd.*, 20 janvier.)

FISTULES. Fistules uréthro-périnéales. *Excision des conduits fistuleux.* L'extrême lenteur et la difficulté de guérir les fistules uréthrales par les sondes à demeure, et les dangers qui y sont inhérents, ont incité M. Voillemier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à employer un moyen plus rapide et radical. L'urèthre étant dilaté suffisamment dans les points rétrécis, le malade est placé comme pour la taille et anesthésié. Une sonde en gomme de 10 à 12 millimètres est placée dans la vessie, pourvue d'un mandrin au besoin pour mieux la sentir à l'extérieur. Un aide la maintient et relève les bourses, alors que le chirurgien, un genou droit à terre ou placé sur une chaise basse, introduit un stylet dans le trajet fistuleux le plus rapproché du raphé, de façon à toucher la sonde, de manière à reconnaître le siége de l'ouverture uréthrale.

Appliquant alors la main gauche à plat sur le périnée, il fait avec le bistouri dans la main droite, de chaque côté du raphé, une incision courbe, allongée, allant de la racine des bourses jusqu'au-devant de l'anus, circonscrivant ainsi un espace ovalaire de 5 à 6 centimètres de long sur 4 de large, et dont le milieu correspond à l'orifice interne de la fistule. Il dissèque ensuite de dehors en dedans jusqu'à l'urèthre, en reconnaissant toujours avec l'index la sonde qui lui sert de point de repère. Arrivé sur le canal, il détache toutes les parties molles comprises entre les incisions.

Il en résulte une plaie ovalaire assez profonde, à faces latérales obliques, mettant l'urèthre à découvert dans une étendue de 2 centimètres environ, et ayant la perforation au centre, indiquée par des végétations saillantes, molles, d'un rouge bleuâtre. Il faut les respecter pour mieux assurer la cicatrisation de la fistule, sinon les toucher légèrement avec le nitrate d'argent.

Cette excision est facile et sans nocuité. L'hémorrhagie est peu à redouter par l'induration fibreuse des tissus. Les aréoles spongieuses du bulbe sont elles-mêmes oblitérées par la transformation fibreuse de cet organe. Une légère compression, avec un bourrelet de charpie, suffit ainsi pour arrêter l'écoulement d'une artériole dans ces tissus indurés. L'excavation ainsi produite est moins grande qu'on ne peut le supposer, et ses parois, d'un blanc jaunâtre et d'aspect dartoïde, se modifient si rapidement, qu'elles ne

se reconnaissent plus à la levée du premier pansement.

Il se fait avec de la charpie sèche, dont on remplit l'excavation. Soutenue avec une compresse et un bandage en T, cette charpie s'imprègne mieux que des plumasseaux cératés des liquides plastiques, et forme ainsi une masse dure, adhérente, qui s'oppose au passage de l'urine. Elle détermine une inflammation vive, qui modifie profondément les tissus indurés.

A la levée de ce premier pansement, cinq à six jours après, on constate une plaie rose, recouverte de beaux bourgeons charnus ; les végétations molles elles-mêmes sont très-modifiées ; de fongueuses, elles deviennent fermes, roses, vermeilles, et comblent ainsi l'ouverture du canal. On renouvelle ensuite le pansement tous les jours avec le cérat, le styrax ou le vin aromatique, selon l'état des parties, et la cicatrisation est ordinairement complète, en un mois, sans traces bien marquées de la perte de substance.

Sur onze malades traités ainsi, un seul n'a pas présenté cette reproduction des tissus : c'était un adulte lymphatique, épuisé. La cicatrisation fut très-lente, et se fit isolément de chaque côté de la plaie, sans marcher de l'intérieur à l'extérieur. Il n'en guérit pas moins bien que les dix autres, comme cinq observations détaillées en témoignent.

En s'adressant ainsi à la source du mal, à la cause qui entretient les fistules, M. Voillemier a pour but de les oblitérer toutes à la fois, qu'elles occupent le périnée, les aines, le pubis ou toute autre région. Une voie large et directe, établissant une communication de la perforation du canal au dehors, tous les trajets fistuleux, si nombreux qu'ils soient et si loin de l'urèthre qu'ils s'ouvrent, ne tardent pas à se fermer spontanément dès qu'ils ne sont plus traversés par l'urine. L'urèthre est ainsi dégagé du premier coup des tissus altérés, dans lesquels sa paroi inférieure est comme enchâssée. Le traitement le plus actif ne pourrait modifier ces tissus indurés, et les fongosités de l'ouverture uréthrale ne sauraient être détruites autrement. Ce sont là les principaux obstacles, si souvent insurmontables, au traitement par les sondes à demeure, si prolongé qu'il soit. Avec cette opération, au contraire, il ne dure qu'un mois, et ces accidents sont ainsi prévenus, évités. (*Gaz. hebd.*, n°s 24 et 25.)

Fistules uréthro-péniennes. *Suture à étages.* M. Delore décore de ce nom trois rangées de sutures métalliques superposées sur deux lambeaux taillés, amenés par glissement et adossés par leur face profonde au-devant de la fistule qu'il s'agit d'obturer. Des bandelettes de diachylon imbriquées immobilisent et compriment légèrement les lambeaux. En maintenant une grosse sonde dans la vessie, l'urine, paraît-il, ne s'infiltre pas dans les piqûres et les conduits fistuleux ayant été préalablement avivés, se ferment par cicatrisation. (*Soc. de chir.*, février.)

Fistule anale. *Ligature élastique.* Ce nouveau moyen de diérèse a été employé avec succès par M. le professeur Stokes (de Dublin) sur un homme de quarante-huit ans, entré à l'hôpital Richmond le 10 décembre dernier. Cet homme, intempérant, avait eu trois abcès à l'anus depuis six ans; le dernier, au mois de septembre précédent, donna lieu à une fistule borgne externe. L'ouverture est située à un pouce et quart environ de profondeur du côté gauche. Le stylet pénètre en haut et en dedans à une grande hauteur. Ces conditions paraissant défavorables à l'emploi du bistouri, par la grande quantité de tissus à diviser et l'hémorrhagie qui pourrait en résulter, la ligature élastique fut employée. Une ouverture ayant complété la fistule, un fil élastique fut conduit sur un long stylet aiguillé dans toute son étendue, et, malgré la difficulté d'en détacher l'extrémité à une si grande profondeur dans le rectum, on y réussit. Les deux extrémités furent réunies et serrées; une vive douleur en résulta pendant une heure environ, puis elle fut calmée par un suppositoire morphiné.

Dès le quatrième jour, l'issue de la ligature eut lieu sans que le malade eût perdu une goutte de sang. Les parties divisées se cicatrisèrent rapidement, et l'opéré put quitter l'hôpital en bonne santé. (*Dublin med. Press*, janvier.)

C'est donc là une confirmation des bons résultats obtenus par le professeur Dittel, et qui permet de recourir à ce nouveau moyen avec confiance.

A l'hôpital des femmes de Birmingham, M. Lawson Tait l'a employée dans une fistule très-sinueuse, pénétrant à deux pouces à gauche de l'anus. Une vive douleur en résulta pendant quelques heures après l'application. Quatre

jours après, elle tombait, et la cicatrisation suivit régulièrement. L'anémie de l'opérée rendit surtout ce moyen précieux.

Elle réussit de même dans trois sinus fistuleux du périnée résultant d'un hématocèle suppuré et communiquant avec l'utérus et le rectum. (*Lancet*, 27 juin.)

Elle a été également appliquée par le docteur Schells sur une petite fistule existant depuis plusieurs années chez un homme de trente-six ans. Elle s'ouvrait sur la peau à 2 centimètres de la marge de l'anus et dans le rectum à environ 4 centimètres au-dessus du sphincter externe. L'opéré n'en éprouva aucune douleur, grâce à l'application d'un suppositoire opiacé. Il continua à vaquer dans la salle de l'hôpital, et, le quatrième jour, la ligature resta dans les selles, sans produire d'hémorrhagie, et en laissant une plaie granuleuse que les soins de propreté suffirent à faire cicatriser. Tels sont les avantages de ce mode de ligature. (*Philad. med. Times*, février.)

Chez un Japonais de quarante ans ayant une fistule s'étendant à un pouce au-dessus du sphincter à gauche, et une seconde un peu moins étendue à droite, le docteur Eldridge passa un fil de caoutchouc, à l'aide d'un stylet ouvert, à travers ces deux conduits fistuleux et les lia ensuite. Le jour même, le marin quitta Yokohama et, à son retour, deux mois après, il apprit que la première ligature était tombée le quatrième jour et l'autre le septième. La division était alors complétement cicatrisée, et l'action du sphincter s'exerçait normalement, quoique l'opéré n'ait cessé de travailler. (*Amer. Journ. of med. sciences*, juillet.)

Chez une dame de quarante ans, atteinte d'une fistule anale depuis 8 à 10 ans, et dont l'ouverture interne remontait à 5 centimètres environ, M. Seux fit une première opération, d'après la méthode classique, à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri. Tout alla bien pendant une semaine, mais les pansements n'ayant plus été faits régulièrement, la cicatrisation fut défectueuse et le trajet fistuleux persistait deux mois après l'opération. Il passa alors à travers ce trajet fistuleux, dont l'orifice interne était à 5 ou 6 centimètres de l'anus, un ruban de caoutchouc d'un demi-millimètre d'épaisseur, dont les deux chefs furent noués en dehors. La striction du caoutchouc, en revenant sur lui-même, eut un effet

salutaire et coupa peu à peu les chairs comprises dans l'anse du nœud, tandis que le fond de la plaie allait se cicatrisant. De temps en temps, le nœud était resserré, et au bout d'un mois, la malade fut complétement guérie. (*Marseille méd.*, juin, n° 6.)

Chez les malades pusillanimes, qui craignent l'instrument tranchant, ou quand il y a avantage à ne pas s'en servir, ou contre-indication à l'employer, ce moyen restera, comme une conquête précieuse à côté des nouvelles et nombreuses applications du caoutchouc en chirurgie.

Flèches de pâte de Canquoin. D'après plusieurs observations recueillies dans le service de M. Gaujot, au Val-de-Grâce, leur emploi contre les fistules anales et urinaires aurait un grand avantage par la puissance bourgeonnante que le chlorure de zinc imprime à leurs parois, la facilité de leur application, l'absence des hémorrhagies et des récidives auxquelles expose l'instrument tranchant. (Simbat, *Thèses de Paris*, n° 73, 1874.)

Fistules musculaires. Nouvelle espèce observée par M. Gayet (de Lyon) et qu'il propose d'introduire dans la nosologie. Consécutives à la myosite, elles peuvent apparaître dans tous les cas où celle-ci se manifeste avec abcès, soit à la suite d'une cause générale comme la morve, le farcin, l'infection purulente, la diathèse scrofuleuse, etc.; soit d'une cause locale comme coups, contusions, ruptures musculaires. Dans les trois observations recueillies à l'Hôtel-Dieu, de 1867 à 1874, et relatées par M. E. Vincent, interne, elles résultaient de contusion dans deux et de rupture musculaire dans la troisième. Des abcès s'étant formés après un temps plus ou moins long au siége même de la lésion, il en résulta une ou plusieurs fistules qui, malgré tous les moyens mis en usage pour la cicatrisation, ont persisté trois ans dans le premier cas, six mois dans le second et trois mois dans le dernier. Leur persistance, alors que l'on s'est assuré qu'elles ne dépendent pas d'une nécrose osseuse, en est donc un caractère; l'écoulement d'un liquide plutôt lymphatique que purulent, c'est-à-dire de la lymphe légèrement chargée de globules de pus, en est un autre.

Ces signes sont le résultat même de la formation de ces

fistules. Le traumatisme ou la suppuration ne détruisent pas, comme à l'emporte-pièce, toutes les fibres d'un segment musculaire donné. La suppuration surtout doit se faire bien plutôt aux dépens du tissu conjonctif qui les entoure et les unit. De là leur dissection pour ainsi dire et les trajets multiples de ces fistules, se poursuivant autour de colonnes constituées soit par des faisceaux musculaires intacts, soit par des trabécules cicatricielles. Le stylet, plongé dans les orifices, entre ainsi assez profondément dans l'épaisseur du muscle sans sortir de son périmètre, ni rencontrer de surface osseuse. C'est ainsi qu'après avoir marché assez rapidement, la cicatrisation s'arrête, impuissante à se terminer. Les bourgeons charnus qui affrontent les lèvres de la plaie se décolorent et laissent entre eux des pertuis donnant passage à un léger mais intarissable suintement séro-purulent.

Les mouvements incessants, les contractions dont les muscles sont l'objet par une cause ou par une autre, surtout dans les membres, sont pour M. Gayet la cause principale de cette difficulté de la cicatrisation. Les incisions simples et avec cautérisations, l'excision des parois indurées, l'immobilisation avec extension et flexion, la section sous-cutanée des tendons des muscles pouvant tirailler la plaie ont été également vaines à la produire dans le premier cas. Le temps seul l'a amenée, mais avec rétraction, de manière à produire un varus équin forcé.

L'immobilité est en effet indispensable à la cicatrisation, à la restauration des tissus, le mouvement est incompatible avec ce travail réparateur. De cette absence d'immobilité des muscles résulte l'impuissance cicatricielle des solutions de continuité musculaires et les récidives des fistules. Le traitement rationnel doit donc empêcher les contractions, grandes et petites, manifestes ou latentes. La compression par les bandages inamovibles, dextrinés ou silicatés, avec fenêtre, s'offrent à cet effet. S'ils ne réalisent pas l'immobilité parfaite, elle est au moins relative et ces bandages facilitent ainsi la guérison. (*Lyon méd.*, n° 23.)

Fistule du canal de Sténon. — Voy. SALIVE.

FOIE. Les altérations que l'on rencontre dans ce viscère, à la suite des fièvres puerpérale et typhoïde, la pyémie et la

phthisie pulmonaire, dépendraient, selon M. Wickam Legg, de la température élevée qu'elles développent dans l'organisme. Il appuie cette opinion sur cette expérience qu'ayant soumis des lapins à une chaleur très-vive, à laquelle ils succombèrent, il trouva le foie exsangue, les acini avaient presque disparu, les cellules étaient granuleuses ainsi que celles des reins. L'état gras du foie que l'on rencontre fréquemment à la suite des pyrexies aiguës longues serait pour lui la suite de cet état granuleux (*Pathol. Society of London*). Ce n'est là, comme on voit, qu'une simple opinion que de nombreuses expériences pourraient seules rendre probable.

A la suite de la ligature des conduits biliaires sur le chat, le même expérimentateur a observé une hypergenèse du tissu connectif analogue à celle qui se rencontre dans l'obstruction congénitale de ces canaux chez l'enfant. C'est une hépatite interstitielle ou hypergenèse de la capsule de Glisson. On constate cette augmentation au microscope, quelques heures après la ligature, et elle se continue jusqu'à la mort. L'auteur l'attribue à l'action de la ligature sur la tunique fibreuse des conduits qui, en se développant, devient le point de départ de l'hypertrophie par continuité de la capsule de Glisson. La ligature de la veine porte aurait le même résultat, d'après Solowieff.

Mais les cellules du foie, toutes atrophiées et graisseuses, n'étaient ni dissoutes ni détruites, comme dans l'atrophie jaune aiguë. Leur altération était d'autant plus prononcée que la vie de l'animal avait résisté plus longtemps. La rétention de la bile ne dissout donc pas les cellules hépatiques ; elle augmente le tissu connectif comme dans l'atrophie jaune aiguë, et c'est tout. (*St-Bartholomew's hospital Reports*, 1873.) — Voy. Kystes.

FRACTURES. Dans les fractures de la rotule comme dans celles du radius, M. Guyon pense que l'on se préoccupe trop de la contention des fragments et pas assez des phénomènes inflammatoires qui en provoquent le déplacement. Il combat l'arthrite et l'épanchement, qui en est la conséquence dans les premières, par l'immobilité du membre dans une gouttière, puis un grand vésicatoire sur la face antérieure du genou et une compression consécutive avec la ouate. La consolidation a eu lieu sans autre moyen spécial.

Au lieu de tourmenter les blessés de tractions inutiles et d'appareils contre les fractures du radius, il place de même l'avant-bras dans une gouttière, enveloppe le poignet de cataplasmes, et n'imprime des mouvements à l'articulation que du douzième au quinzième jour. Il n'a pas ainsi de ces roideurs interminables ; tout est bien fini après un mois. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Fractures de la table interne du crâne. *Trépanation préventive.* S'appuyant sur les succès de M. M. Bœckel, par ce procédé, M. Sédillot propose d'y revenir, à l'exemple des anciens, même lorsqu'il n'existe aucune lésion appréciable de la table externe. L'absence d'accidents n'en est pas une contre-indication en présence des signes positifs de la fracture, comme la courbe extérieure du crâne ou sa dépression. La percussion et l'auscultation donnent aussi lieu parfois à des bruits de frottement. L'élévation de la température en est un autre moyen de diagnostic. (*Académie des sciences*, octobre.)

Fracture du maxillaire inférieur. *Appareil élastique.* La fronde et un chevestre simple ne suffisant pas à maintenir les fragments d'une fracture double du corps du maxillaire, M. le professeur Moutet employa un anneau de caoutchouc de 10 centimètres de côté environ et suffisamment grand pour comprendre dans sa circonférence, la tête, du menton au sinciput et du même point à la protubérance occipitale externe. Divisé par une section médiane parallèle à ses bords, sauf dans une étendue de 10 à 12 centimètres, cet anneau constituait ainsi une fronde dont le plein, représenté par la portion non-divisée, embrassait le menton antérieurement et inférieurement. Les deux anneaux en partant furent conduits : le supérieur sur l'occiput, et l'inférieur au sommet de l'articulation fronto-pariétale.

Un autre anneau en caoutchouc de 5 centimètres de côté, fut placé autour de la tête pour maintenir les précédents. Une lanière en caoutchouc de même largeur servit à les immobiliser sur la ligne médiane de la face convexe du crâne. Des boutons fixaient ces diverses pièces à leurs points d'entrecroisement ou de jonction et les maintenaient dans un rapport exact.

Le blessé put ainsi manger et parler sans déranger les fragments et guérir rapidement, sauf une paralysie de la lèvre inférieure. (*Montpellier méd.*, avril.)

Fractures de l'extrémité inférieure du radius. *Modifications opératoires.* En vue de prévenir la saillie de la tête du cubitus, la dépression de la région radiale, l'abduction et le renversement de la main en dehors, ainsi que la faiblesse, la rigidité, la gêne des mouvements résultant de cette déformation, M. le docteur E. Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix, apporte, depuis trois ou quatre ans, quelques modifications au traitement classique. La fracture étant réduite aussi exactement que possible et l'appareil contentif ordinaire étant appliqué, il place le membre dans une écharpe qui ne dépasse pas le poignet et qui laisse pendre la main afin qu'elle ne se renverse pas vers le bord cubital. Ensuite il exerce ou fait exercer plusieurs fois par jour des pressions, des malaxations et des tractions sur le poignet et la main, celle-ci étant légèrement fléchie et inclinée vers le bord cubital. A cet effet, un moyen simple, efficace et sans douleur est de faire saisir par la main, du côté de la fracture, un poids de 1 à 2 kilogrammes, comme un fer à repasser, une petite chaise, un livre, un panier, etc., pendant deux à trois minutes, d'une manière intermittente et cinq à six fois par jour. Le blessé peut même se servir de sa main pour tous les usages qu'elle peut lui rendre avec l'appareil contentif.

Employées dans une vingtaine de cas, ces innovations ont donné des résultats très-encourageants. Non-seulement la consolidation n'en a pas été entravée, mais, dès le vingtième jour et même plus tôt, l'appareil a pu être supprimé. Il l'a été le dixième dans un cas, sans que la difformité du poignet ait été apparente, ni sans qu'il y ait eu de roideur, de gêne ni de faiblesse des mouvements articulaires comme trois observations en offrent la preuve.

La rationalité de ces moyens est évidente. Le massage est un résolutif qui ne peut que favoriser la résorption des liquides épanchés, la circulation locale et les glissements musculaires et tendineux, que l'application d'un bandage et le défaut de mouvements, pendant quarante à cinquante jours ne peuvent que compromettre gravement, surtout dans

cette partie, de même que dans l'entorse. Il y a donc là des études à faire au point de vue spécial des fractures, surtout au voisinage des articulations.

L'extension intermittente combat aussi la tendance au déplacement quelle que soit la forme de la fracture. Elle s'oppose au renversement du fragment inférieur en dehors et en arrière ou en dehors et en avant, et à la saillie de la tête du cubitus en dedans, que l'appareil seul ne parvient pas constamment à empêcher. En imprimant des mouvements légers aux surfaces articulaires, elle active la circulation, le fonctionnement des muscles et des tendons, surtout ceux de préhension. C'est un auxiliaire du massage appliqué surtout aux petites articulations.

Cette mobilisation prématurée des doigts, de la main et du poignet, ayant réussi, a donc des avantages sur l'immobilisation prolongée dans un bandage pendant vingt à trente jours, et qui laisse ordinairement de la gêne, de l'embarras, de la difficulté des mouvements fonctionnels pendant un temps plus ou moins long. (*Bull. de thérap.*, novembre 1873.)

Un grand intérêt pratique s'attache donc à ces innovations.

Fractures de jambe. *Lésions vasculaires.* Sur 42 observations, M. le docteur Nepveu a constaté la lésion de la tibiale antérieure dans 19 cas, de la postérieure dans 9, de la péronière dans 4 et de la nourricière dans 2; différences s'expliquant par les rapports plus ou moins étroits de ces troncs avec les os. Le plus souvent directes, ces lésions peuvent être indirectes et produites loin du point d'application de la force. L'absence du pouls, dans la section inférieure de l'artère lésée, en est le signe caractéristique dans la plupart des cas, mais non toujours pathognomonique. Le pouls peut ne reparaître que le cinquième ou le sixième jour après la réduction d'une fracture; l'étude du pouls est trop négligée dans les fractures et peut à elle seule indiquer l'amputation dans des cas douteux.

Étudiant ensuite les accidents consécutifs à ces lésions et les indications pratiques qui en résultent, l'auteur pose comme règle que les collections sanguines doivent être abandonnées à la résorption spontanée. J. Bell et Pelletan, après avoir incisé une collection de ce genre, ont dû am-

puter pour arrêter une hémorrhagie formidable. Dans la célèbre observation de J.-L. Petit, l'infiltration sanguine primitive menaçait la vie du membre; le chirurgien ouvrit la jambe et fit la ligature des deux bouts de l'artère divisée; mais on reculerait maintenant devant l'ouverture du foyer de la fracture; les incisions multiples semblent suffisantes. L'infiltration sanguine, produite par hémorrhagie secondaire, nécessite l'amputation.

Les hémorrhagies primitives (11 observations) peuvent être arrêtées par la ligature, dans la plaie, des deux bouts de l'artère divisée par le tamponnement, rarement par la ligature de la fémorale.

Les hémorrhagies secondaires paraissent, en moyenne, du huitième au vingtième jour. Les principales causes en sont : l'ulcération des artères par les esquilles, les hémorrhagies récurrentes, le ramollissement, la destruction des caillots obturateurs par le pus, la déchirure d'un sac anévrysmal par des esquilles. L'extraction des esquilles, l'arsenal antiseptique, le tamponnement, ont pu réussir; l'amputation, dernier remède, a été suivie de succès 2 fois sur 4. La ligature de la fémorale doit être rejetée.

Les anévrysmes sont diffus (3 cas) ou circonscrits (10 observations). L'action lente d'une esquille (anévrysmes secondaires de Broca), les hémorrhagies secondaires, la dilatation lente ou brusque de la cicatrice vasculaire (marche prématurée), sont les causes les mieux appréciées. Les anévrysmes peuvent guérir spontanément. La compression est la méthode de choix; les méthodes sanglantes ne sont indiquées qu'exceptionnellement.

La gangrène, observée dans cinq cas, reconnaissait comme cause la compression des vaisseaux, suivie de leur dégénérescence. Elle emporte l'amputation. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Fractures comminutives du tibia. De l'examen de 21 cas de ce genre par coups de feu, dont 13 en haut, 4 au milieu et 4 en bas, traités uniformément par la conservation, M. Cuignet, médecin principal, a obtenu non-seulement la vie sauve de tous les blessés, mais une guérison parfaite chez 7; le résultat n'était que passable chez 7 autres et, pour les 7 derniers, le membre était hors de service. Ces résultats sont donc bien différents avec l'amputation. N'eût-

elle été pratiquée que dans les 13 cas où la fracture siégeait en haut, que la mort eût fait infailliblement un certain nombre de victimes. Elle pourra d'ailleurs être pratiquée dans de meilleures conditions chez les blessés qui ont perdu l'usage de leur membre et qui voudraient s'y soumettre. C'est un encouragement à recourir à l'expectative, dans les fractures du tibia seul par coups de feu, lors même qu'elle est comminutive et que les chairs, les muscles, ont subi des lésions plus ou moins étendues. (*Recueil de mém. de méd. et de chir. mil.*, juillet et août.)

Un chapitre de chirurgie conservatrice ; nouvel appareil pour le traitement des fractures compliquées et d'autres lésions graves du membre inférieur, par le docteur V. Scheuer (de Spa); brochure in-8° de 108 pages avec 3 gravures; Bruxelles.

Titre trop long, car c'est là tout simplement une étude chirurgicale relative à l'emploi, usité depuis dix ans avec succès, d'une nouvelle armature et destinée surtout aux médecins de campagne.

G

GALVANO-CAUSTIQUE. *Innocuité.* Chaque jour s'étend l'emploi de ce moyen en chirurgie, à cause de ses avantages hémostatiques, de sa rapidité d'action et de l'absence de douleur en résultant. En l'employant expérimentalement sur des rats et des chiens, MM. Ch. Legros et Onimus ont pu retrancher des portions du foie, diviser les reins, traverser le thorax de part en part chez ces animaux sans trouver traces d'eschares à l'autopsie. Il n'y avait eu ni hémorrhagies, ni adhérences, ni aucun accident résultant des plaies ainsi faites à ces organes parenchymateux. Ce procédé de diérèse et de cautérisation a donc une grande supériorité sur les autres pour l'ablation et la cautérisation des organes internes, surtout en ce que les eschares produites sont résorbées dans un temps très-court et n'agissent pas comme corps étrangers. C'est là un nouvel avantage qui peut être mis à profit dans une infinité de cas. (*Acad. des sciences*, décembre 1873.)

M. Tillaux l'a employé contre un rétrécissement syphilitique du rectum, à 5 centimètres au-dessus de l'anus, ayant résisté à la dilatation simple et à la rectotomie superficielle. Il fit la rectotomie linéaire avec le galvano-cautère, en sectionnant les tissus, couches par couches, de l'anus au coccyx, sans que la malade perdît de sang.

Il l'employa également contre une tumeur érectile volumineuse de 14 centimètres verticalement et 11 en travers, située sur la partie gauche du sacrum. Des artères, ayant le volume de la radiale à la circonférence, la constituaient. Elle avait résisté à des applications de caustique ayant fait perdre beaucoup de sang. La malade, jeune fille de seize ans, née avec un nævus, était exsangue. Cinq aiguilles d'acier traversèrent la base de la tumeur et une chaîne d'écraseur appliquée en arrière enleva, en trente-cinq minutes, sans hémorrhagie, la masse morbide, grosse comme la tête d'un fœtus. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Employée par le docteur P. Bruns dans 13 amputations, elle a donné 17 guérisons. Ses avantages sur les autres méthodes sont une moindre perte de sang, la diminution des ligatures réduites aux gros troncs artériels et l'absence d'hémorrhagies consécutives. La stupeur est moindre ainsi que la douleur de la plaie. La réaction fébrile très-légère sinon nulle ; mais la cicatrisation est plus longue, et la pyémie consécutive assez fréquente, car elle a causé 4 décès dans les 13 amputations.

C'est donc seulement comme hémostatique que convient ce moyen spécial dans les amputations. (*Il Galvagni*, septembre.)

GANGRÈNE. *Bains de chloral.* Les propriétés antiputrides du chloral ont conduit M. Dujardin-Baumetz à l'employer en bain dans un cas de gangrène spontanée de l'avant-bras droit et de la main, survenue sans cause appréciable chez un garçon de dix-huit ans, laveur de vaisselle et très-anémique. Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. Les bains au 1000e ou au 500e ont amené une désinfection complète, empêché la septicémie et favorisé le bourgeonnement des parties mises à nu par la séparation des portions sphacélées. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

Permanganate de potasse. Les bains d'oxygène ont été employés avec succès par Laugier contre la gangrène spontanée. Pour obvier aux difficultés d'emploi de ce moyen, M. Tirifahy l'a remplacé par l'emploi topique du permanganate de potasse qui, par sa décomposition dans l'eau, donne une abondante proportion d'oxygène. Des compresses appliquées sur les parties frappées de gangrène et fréquemment renouvelées ont ainsi produit le meilleur effet sur les plaies et arrêté la gangrène dans son développement. Sous l'influence de ces applications topiques, aidées des narcotiques à l'intérieur et des saignées, les douleurs même avaient disparu dans les deux observations qu'il rapporte. Des complications ont seules amené la mort. (*Acad. de méd. de Belgique*, décembre 1873.)

Gangrène spontanée. *Oblitération capillaire par les granulations.* La multiplication infinie des granulations sarcodiques dans certains états pathologiques du sang et leur agglutination en plaques pourraient constituer une véritable thrombose des capillaires, suivant M. L. Tripier, au moins chez le lapin. De ce que après avoir infecté cet animal par une injection de sérum fétide dans la jugulaire, une gangrène sèche de l'oreille se montra trois semaines après, coïncidant avec une prolifération des granulations protoplasmiques du sang, il se demande si celle-ci n'est pas la cause de celle-là. N'est-ce pas accorder trop d'importance à ce fait expérimental? (*Acad. des sciences*, janvier.) — Voy. ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS.

Ligature élastique. — Voy. *ce mot*.

GLAUCOME. *Nouvelle théorie.* Se fondant sur la doctrine de la diapédèse, qui n'est encore qu'une théorie contestée par beaucoup d'expérimentateurs (voy. DIAPÉDÈSE), le professeur Hermann Schmidt tend à concilier les opinions diverses sur la nature du glaucome. C'est ainsi que celle du glaucome aigu serait inflammatoire. Il en trouve la preuve dans la production d'hémorrhagies rétiniennes à la suite de l'iridectomie pratiquée dans un cas de ce genre. Or, comme l'inflammation, selon Cohnheim, dépend d'une altération

des parois vasculaires, l'hémorrhagie en serait la conséquence. Voyez quelle déduction problématique !

Ces hémorrhagies, au contraire, manquent régulièrement dans le glaucome chronique, la pression intra-oculaire fût-elle excessivement élevée. Donc, il n'est pas de nature inflammatoire, conclut M. Schmidt. Et comme une interruption brusque du courant sanguin suffit, d'après Cohnheim, pour faire émigrer les leucocytes, il est permis d'admettre que les symptômes inflammatoires du glaucome aigu résultent d'une augmentation brusque de la pression intra-oculaire, laquelle ne se produirait que bien plus lentement dans le glaucome chronique et n'atteindrait pas un degré aussi élevé. Une augmentation brusque de la pression intra-oculaire, ayant été suivie d'une inflammation très-intense, dans un cas observé par Rydel, sert de confirmation à cette théorie. (*Ann. d'oculistique*, mai et juin.)

Et voilà comme elles s'amoncellent si légèrement les unes sur les autres, qu'il suffirait de souffler dessus pour que tout cet échafaudage s'écroule.

GOÎTRE. Il est exclusivement limité dans les Pyrénées, dit M. Garrigou, sur les terrains composés d'argile plus ou moins marneuse, chloritée, ophitique, talqueuse, en un mot sur des argiles magnésiennes avec ou sans pyrites de fer. Il le confirme par l'étude géologique des lieux où M. Saint-Lager a compté le plus de goîtreux. Partout la pyrite est absente ou secondaire. Les terrains goîtrigènes occupent ainsi une place fixe et déterminée, la même à peu près partout, à moins d'accidents géologiques considérables. On peut ainsi déterminer à peu près sûrement, sur une carte géologique bien faite, les foyers de goîtreux et de crétins.

Le trias et les terrains de transition, surtout le silurien, fournissent principalement les cas de goître dans les Pyrénées. Occupant la partie moyenne des couches, on doit trouver les goîtreux dans la partie moyenne de la longueur d'une vallée perpendiculaire à la chaîne. Les premiers reliefs du sol n'en contiendraient que sur les points où les terrains tertiaire et secondaire sont magnésiens. C'est ainsi qu'on les rencontre par groupes, dans les Pyrénées comme dans les Alpes, ainsi que des observateurs rigoureux

l'ont noté depuis plusieurs années. (*Gaz. hebdom.*, n° 17.)

L'épidémie sur la garnison de Saint-Étienne aurait eu pour cause, suivant M. Michaud, les marches forcées dans un pays de montagnes jointes à une nourriture insuffisante. C'est le contraire de l'étiologie des eaux sulfatées admise par M. Bergeret (voy. *année* 1873). Les preuves, pour M. Michaud, sont la prédominance du goître à droite, sous l'influence de la congestion graduelle du corps thyroïde après une marche de quelques heures, laquelle en se renouvelant augmentait de plus en plus la tuméfaction ; celle-ci, après un certain temps, se change en une hypertrophie permanente, de même que la rate sous l'action prolongée de l'impaludisme.

Les bons effets des toniques joints au repos pour la résolution du goître de préférence à l'iode, et l'immunité des officiers et des sous-officiers, sont les autres preuves invoquées en faveur de cette étiologie (*Gaz. méd. de Paris*). Mais ces contradictions montrent que ces causes sont plutôt accessoires que principales, et que celles-ci échappent encore à l'observation.

Désoxygénation. Le goître ne se rencontrant, du moins endémiquement, que dans les pays de montagnes, qu'il a tant et si bien étudiés, M. Lombard (de Genève) qui n'en trouve la cause ni dans les terrains, ni dans les eaux, l'attribue à la diminution de l'oxygène de l'air, dont la quantité s'abaisse à mesure que l'on s'élève. L'hématose est ainsi incomplète, il y a pléthore carbonique et anémie consécutive. Toutes les causes déprimantes peuvent également contribuer à sa production, mais d'une manière secondaire, selon le célèbre climatologiste.

Phosphore. Une fille de vingt ans était atteinte d'un goître depuis six ans lorsqu'elle s'adressa à M. Bradley, à l'Infirmerie royale de Manchester, qui la soumit pendant six semaines à l'usage du traitement iodé, soit 5 gouttes de teinture et 50 centigrammes d'iodure de potassium trois fois par jour, sans le plus léger bénéfice. S'étant représentée un mois après la cessation de ce traitement, son cou avait augmenté de volume et présentait 20 pouces de circonférence. Elle fut alors soumise à l'usage du phosphore, et,

une semaine après, le goître était en voie de diminution ; en trois semaines il n'avait plus que 18 pouces de circonférence (*British med. Journ.*, janvier). Malheureusement la suite de l'observation manque. On ne peut donc pas savoir si cette amélioration est due à l'action directe du phosphore ou à l'influence tardive de l'iode. C'est un sujet à élucider.

Goître exophthalmique. *Belladone*. M. le docteur Smith, médecin de l'infirmerie de Saint-Pancras, relate *in extenso* l'observation de deux femmes de vingt-quatre et vingt-six ans, traitées sans succès, pendant plusieurs mois, à domicile et à l'hôpital, par les divers moyens usités. Considérant que ce goître exophthalmique est regardé par quelques pathologistes comme une paralysie de la portion cervicale du grand sympathique et que la belladone est un stimulant de ce nerf d'après MM. Harley et Meryon, il essaya ce médicament sous forme de teinture. Cinq gouttes, *minims*, furent administrées toutes les heures pendant le jour. L'effet en fut rapide et surprenant. De 140, le pouls tomba à 90 en deux jours, puis à 80 le quatrième ; les palpitations étaient moins fortes ainsi que la transpiration. Dès le cinquième jour, la première malade, condamnée au lit et au repos, put faire une promenade. Continuée pendant dix jours, cette médication dut être suspendue par une diarrhée intercurrente. L'usage en fut repris à la dose de 15 gouttes quatre fois par jour avec addition de fer. Tous les symptômes s'améliorèrent graduellement jusqu'à la diplopie et l'exophthalmos ; l'hypertrophie thyroïde seule n'a guère été influencée. Dix mois après ce traitement, la malade était dans des conditions très-bonnes de force et de santé.

Des accès de céphalalgie intense suivis d'épistaxis, des angines très-graves survinrent chez la seconde malade, mais tous les symptômes de la maladie étaient si réduits, après un mois d'usage de la belladone, que le pouls était tombé à 70, les palpitations nulles et l'exophthalmos très-diminué. La thyroïde, sans avoir perdu de son volume, était dure comme un fibrôme. L'engraissement, dans les deux cas, était remarquable. (*Lancet*, 27 juin.)

GREFFES. **Greffes dermiques**. L'application en a été faite par M. le docteur Guipon dans un cas qui ne permet

pas le moindre doute sur leur succès. C'était une large plaie par déchirure de la face dorsale de la main entièrement dépouillée de sa peau. La cicatrisation de cette perte de substance eût infailliblement amené une rétractilité nuisible à la flexion complète des doigts ou l'usage essentiel de la main.

L'insuccès de l'autoplastie épidermique, suivant la méthode ordinaire, suggéra à l'auteur l'idée de détacher de la peau de l'avant-bras des lamelles d'épiderme garnies de leur couche celluleuse ou de la superficie du derme, et de les juxtaposer plus profondément à la surface des bourgeons charnus, légèrement incisés, de la solution de continuité, en les maintenant bien en place par un pansement contentif. Une cicatrisation durable de la plaie en est résultée dans toute son étendue en conservant aux doigts leurs mouvements, sauf une légère rétraction de l'annulaire et de l'auriculaire (*Acad. des sc.*, novembre 1873, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 20). Ce n'est donc plus greffes épidermiques qu'il faut appeler la grande découverte de M. Reverdin, mais plus exactement dermo-épidermiques, comme l'a réclamé et fait la commission du prix Amussat, en lui adjugeant ce prix. La lamelle d'épiderme seul ne saurait végéter si quelques cellules de derme et de tissu conjonctif n'y adhéraient. Ce n'est donc pas tant dans leur exiguïté qu'est le succès ainsi qu'on l'a cru au début.

Greffes dentaires. Il résulte des expériences de M. le docteur Magitot, que des follicules dentaires entiers et les bulbes dentaires isolés, pris d'un animal vivant et transposés à un autre animal de même ordre zoologique, continuent à vivre et à se développer lentement, mais d'une manière régulière. L'ivoire et l'émail subissent parfois quelques troubles dans leur formation, mais les greffes d'organes de l'émail isolés échouent comme des portions plus ou moins volumineuses des mâchoires.

L'enfant ni l'homme ne pouvant céder leurs follicules dentaires pour remplacer les dents à ceux qui les ont perdues, ces expériences n'ont donc qu'un intérêt scientifique sans application pratique possible.

GROSSESSE. *Accidents gravido-cardiaques.* A l'occasion de la mort d'une jeune couturière de vingt-cinq ans sur-

venue dans la clinique de la Charité, au sixième mois de sa grossesse, avec des accidents de dyspnée et d'œdème résultant d'une double affection mitrale datant de huit ans, M. le professeur Sée montre que la grossesse peut suivre son cours normal, même sans accidents appréciables dans les lésions aortiques, tandis qu'elle est redoutable dans les lésions mitrales, l'insuffisance notamment. Il faut donc les distinguer plus rigoureusement que ne l'a fait M. Peter (voy. *année* 1872). Celle-ci seule doit faire absolument déconseiller le mariage. Le sang ne s'artérialise plus suffisamment, l'hémoglobine se combine avec l'acide carbonique au lieu de l'oxygène, et le fœtus ne pouvant ainsi puiser celui-ci que dans le sang de sa mère, meurt infailliblement; en même temps que la dyspnée, l'infiltration augmente chez la mère et détermine également la mort, comme dans cet exemple. (*Union méd.*, nº 12.)

Vomissements incoercibles. Deux gouttes de teinture de noix vomique données d'heure en heure par le docteur Blackewell à une femme grosse dont les vomissements incoercibles l'avaient réduite à une extrême maigreur, les firent cesser aussitôt, tandis qu'ils avaient résisté à l'oxalate de cérium, au bismuth, à la pepsine, et rendaient l'accouchement prématuré probable. (*Philad. Reporter*, octobre 1873.)

Malgré l'emploi de ce moyen et tous les autres, les vomissements continuaient chez une femme de trente-trois ans, d'une santé délicate et sujette aux vomissements. Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Féréol, elle était réduite au dernier degré de faiblesse lorsque l'avortement provoqué fut proposé et résolu par le personnel médical de l'établissement. M. Raynaud seul s'y oppose en se fondant sur l'habitude des vomissements, l'état fébrile et la douleur du creux épigastrique indiquant une tumeur de l'estomac ou une gastrite chronique.

L'avortement exécuté, les vomissements cessèrent pendant trois jours, pour reparaître ensuite et déterminer rapidement la mort. L'autopsie montra ce que M. Raynaud avait si bien prévu : une tumeur de 2 centimètres d'épaisseur qui, au microscope, est constituée par une hypertrophie simple des trois tuniques, la musculeuse et la fibreuse en particulier. (*Ann. de gynécologie*, mars.)

Grossesse compliquée de névralgie. Elle peut simuler l'avortement, comme M. le docteur Bouyer en rapporte un exemple. Une jeune femme de vingt-cinq ans, lymphatico-nerveuse, chloro-anémique, après avoir éprouvé les vomissements du début de la grossesse avec point névralgique intercostal gauche, dyspnée, palpitations de cœur, toux nerveuse, odontalgie, etc., fut prise, à cinq mois, de douleurs utérines sans cause appréciable; un caillot fut même rendu le lendemain et le ventre était tendu et douloureux. Le moindre mouvement reproduit les douleurs qui se manifestent deux à trois fois par crises dans les vingt-quatre heures. Les contractions provoquent des bosselures mobiles des muscles abdominaux, sensibilité extrême de l'utérus, perte de connaissance, secousses convulsives des membres. Tous ces accidents allèrent en augmentant, au point de constituer des accès tétaniques revenant avec une certaine régularité, sans que les préparations de quinine, le bromure de potassium, la belladone, etc., donnés en lavements, aient amené la moindre amélioration. Les injections hypodermiques de quinine enrayaient seules ces crises sans en prévenir le retour. Elles persistèrent ainsi jusqu'à l'accouchement, avec une durée graduellement plus longue de un quart d'heure jusqu'à une heure.

Un caractère spécial, distinctif de ces accès tétaniformes, c'est qu'ils commençaient par des douleurs utérines et qu'ils cessaient avec elles, tandis qu'on provoquait une douleur vive dès qu'on palpait le ventre pendant ces accès. L'absence de phénomènes généraux et une constipation opiniâtre s'y joignaient.

L'accouchement fut néanmoins normal, l'enfant fort et vigoureux, les suites de couches nulles et le rétablissement complet. (*Gaz. des hôp.*, n° 3.)

Grossesse extra-utérine. Elle peut être soupçonnée sans exister réellement, comme le prouve le fait suivant.

Une femme de quarante-trois ans, tripare, irrégulièrement réglée après son troisième accouchement, présenta, de 1871 au mois de novembre 1873, trois accès de coliques intestinales des plus graves dans l'hypochondre gauche, avec fièvre, crampes et une diarrhée incoercible pendant sept mois, qui la fit admettre à l'hôpital Santa-Maria de

Florence. Puis survint un besoin fréquent d'uriner, avec sensation consécutive de brûlure dans l'urèthre. Il y eut ensuite émission, par l'urèthre, de caillots sanguins, de débris de graines de lin, dont la malade usait en décoction ; puis de matières fécales, et enfin de fragments osseux, qui furent pris pour des fragments de fœtus : d'où le diagnostic de grossesse extra-utérine. La mort étant survenue le 12 novembre 1873, après d'atroces douleurs abdominales, l'autopsie permit de rectifier cette erreur de diagnostic.

On trouva, en effet, des ulcérations multiples du jéjunum et de l'S iliaque, avec adhérence à la vessie. L'absence de kyste fœtal ou de sac adventice fut notée, aussi bien que les fragments osseux de fœtus et d'annexes fœtales. L'utérus, les ovaires et les trompes étaient à l'état normal.

Un examen minutieux des fragments osseux éliminés par l'urèthre permit, en effet, de constater des os de poulet dont la malade avait fait usage. Réunis et figurés, il fut possible de les déterminer avec précision, pour montrer péremptoirement la confusion possible de cette altération organique avec la grossesse extra-utérine, et éclairer ainsi le diagnostic de ce fait remarquable. (*Imparziale* et *Union médicale.*)

Décollement du placenta. Un nouveau cas de mort par hémorrhagie incoercible, survenue à la suite d'une tentative de décollement de ce genre, communiqué à la Société obstétricale de Londres par le docteur Meadows, a permis au docteur Barnes d'établir, par de nombreux exemples, que cette pratique s'est constamment montrée désastreuse, tandis qu'en laissant le placenta sur place et en en confiant l'expulsion au temps, le succès s'ensuit toujours. Il ne faut donc pas toucher au placenta, en pareil cas, que la gastrotomie soit primitive ou consécutive à la mort du fœtus. Ses adhérences sont si intimes et solides, que toute tentative est injustifiable. (*London med. Record*, janvier.)

M. Lawson Tait a confirmé ce danger par une nouvelle observation de gastrotomie dans une grossesse rétro-utérine. Le placenta fut laissé en place, et des injections de sulfite de soude ayant été faites dans le sac, toutes les huit heures, à l'aide d'un tube à drainage, il fut expulsé par débris. La cavité se rétrécit ensuite et se cicatrisa. Ce fait montre donc que le placenta peut être abandonné à la suppuration, tandis

que son extraction est d'une extrême difficulté et très-dangereuse. (*Royal med. and chir. Soc.*, février.)

Ce fait a encore été mis hors de doute récemment par une gastrotomie pratiquée par M. Depaul dans sa clinique. Le placenta tenant par d'intimes et profondes racines aux parois des divers organes environnant le kyste : utérus, intestin, vessie, il fallut renoncer à l'extraire et laisser la malade exposée aux accidents redoutables de l'infection putride; mais celle-ci n'apparut pas, grâce aux injections pratiquées, et c'est à une hémorrhagie abdominale que l'opérée succomba le septième jour, de même que, dans un autre cas semblable rapporté par M. Boinet (*Union méd.*, n° 151, 1873). C'est donc l'accident le plus redoutable en pareil cas.

H

HÉMOPTYSIE. C'est là un signe physique si important que Louis le considérait presque comme constant et pathognomonique de la phthisie. Depuis, les Allemands, Niemeyer entre autres, ont cherché à altérer cette signification, en en faisant la cause dans un certain nombre de cas, tandis que les Anglais, M. Cotton notamment, ont montré, dans ces dernières années, que l'hémoptysie anévrysmale en était parfois l'effet mortel (voy. *années* 1868-69). Il faut donc bien distinguer la valeur diagnostique de ce grave symptôme.

C'est ce qu'a fait M. Dobell, en étudiant cliniquement 100 cas d'hémoptysie chez l'homme phthisique et choisis dans plus de 600 cas de cette maladie. Il a établi statistiquement que, dans 12 cas seulement, la toux a commencé avec l'hémoptysie, et celle-ci n'est apparue avant la diminution du corps, c'est-à-dire l'amaigrissement, que dans 8 cas. Dans 10 cas, l'une et l'autre survinrent simultanément. C'est dire que, dans 82 cas, il y avait déjà diminution de poids, c'est-à-dire troubles des fonctions digestives et assimilatrices, quand l'hémoptysie est apparue la première fois.

Dans la généralité des cas, l'hémoptysie ne survient donc qu'après une altération générale de la santé, du moins chez l'homme phthisique, et l'on sait qu'il y est beaucoup plus

exposé que la femme. Sur 100 hémoptoïques, on a compté 63 hommes et 37 femmes à l'hòpital de Brompton (*Roy. med. and chir. Society,* avril). Sur 351 cas, M. Pollock en trouve 267 chez l'homme.

Le docteur F. Condie ne peut la considérer comme un signe certain de diagnostic de la phthisie, car sur 369 phthisiques, elle ne s'est montrée que 87 fois et seulement 40 fois avant le développement de la maladie. Cette rareté est très-exceptionnelle, et il est probable que M. Condie a été inexactement renseigné par les malades.

Digitale. Son emploi doit être réservé, suivant M. Bouchard, aux hémoptysies accompagnées de fièvre, mais sans inflammation ni dégénérescence des reins, auquel cas la digitale, retenue dans ce filtre imperméable, s'emmagasinerait infailliblement et produirait rapidement des accidents toxiques. Voici la formule proposée par M. H. Reboul pour son administration à haute dose :

℞ Poudre de digitale........................ 3 à 4 grammes.

Faites infuser dans :

Eau.................................... 200 —
Sirop de limons......................... 40 —

Mêlez.

à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure. (*Thèses de Paris*, 1873.)

L'action de ce médicament doit être surveillée attentivement afin d'en cesser l'emploi aussitôt que l'intolérance se montre par des nausées et des vomissements.

Hémoptysie calculeuse. Chez un vigneron de trente ans, jouissant d'une très-bonne santé, un accès de toux survint, sans symptôme précurseur, pendant qu'il était occupé aux travaux de la vendange, et il rejeta par la bouche et par le nez une grande quantité de sang.

Deux ans après, pareil accident survint avec expulsion plus grande encore de sang. L'hémoptysie dura deux jours, malgré les moyens les plus énergiques employés par le docteur Michon. Ce n'est qu'après plusieurs mois que les forces reparurent.

Le même accident se représenta quatre ans après environ.

Depuis quinze jours, cet homme ressentait une légère pesanteur de tête, lorsque, au milieu de la nuit du 10 au 11 janvier 1874, il fut brusquement éveillé, éprouvant un malaise général et un grand besoin de cracher; presque aussitôt il rejeta, sans efforts de toux, par la bouche et par le nez, une grande quantité de sang. L'hémorrhagie était à peu près terminée le 12 au matin, lorsque, sorti pour une longue promenade par un temps brumeux, il avait à peine fait 200 mètres, qu'une simple toux lui fit rejeter une très-grande quantité de sang rutilant, artériel. Quelques minutes après, il sent dans la bouche un corps dur qu'il crache : c'est une concrétion calcaire rugueuse, du volume d'un gros pois, aplatie irrégulièrement. MM. Michon et Bertholle, appelés près du malade, ont pu en constater la nature, mais sans l'analyser.

Bientôt l'hémorrhagie cessa et le malade put reprendre son travail. Le teint, un peu plus pâle que de coutume, n'est plus jaune comme après les précédentes hémoptysies. La percussion et l'auscultation n'ont jamais révélé aucun symptôme morbide. L'appétit a toujours été excellent et le système nerveux ne présentait rien d'anormal.

Pour l'auteur de ce fait remarquable, qu'il faudrait évidemment ranger dans la phthisie calculeuse des anciens, cette concrétion calcaire s'est formée en un point indéterminé du poumon. Son développement graduel en érodant les vaisseaux a produit les hémoptysies, jusqu'à ce que la perforation d'une bronche assez volumineuse ait pu lui donner passage. (*Tribune méd.*, mars.)

Hémoptysie anévrysmale. Elle fut très-abondante, soit de 2 litres environ, quatre mois avant la mort, chez un homme de quarante ans, qui avait l'habitus extérieur d'un malade atteint de cardiopathie organique plutôt que d'un tuberculeux. Pas d'émaciation extrême, infiltration générale, urines sans albumine. Dyspnée considérable, injection veineuse très-marquée, lèvres cyanosées.

Mort le 23 février 1874 à l'hôpital Lariboisière, il présenta à l'autopsie, faite par M. Raynaud, une caverne, comme un œuf de poule, au sommet droit, diagnostiquée pendant la vie, avec de nombreuses granulations disséminées. Une cavité comme un marron d'Inde, remplie de caillots, existait

à la partie inférieure du lobe supérieur et en arrière, près de la scissure interlobaire. Les caillots étaient mous, noirâtres et diffluents au centre, denses, fibrineux, décolorés et comme stratifiés à la périphérie, adhérents à la paroi de la cavité ainsi creusée dans le tissu pulmonaire et dont l'intérieur avait l'aspect irrégulier et grenu des cavernes anciennes.

L'origine de ces caillots était une collatérale très-ténue d'un rameau de troisième ordre qui s'ouvrait à plein canal dans cette cavité, mise ainsi en communication constante avec l'artère pulmonaire. La forme stratifiée des couches externes de cette tumeur et son aspect arrondi la faisaient plutôt ressembler à un anévrysme qu'à un infarctus. D'où M. Raynaud explique sa formation par la rupture de l'artère dans une cavernule qui, après avoir donné lieu à la première hémoptysie, s'est agrandie successivement. Et comme elle ne communiquait avec les bronches que par un orifice très-étroit, le sang s'est accumulé là, comme dans un anévrysme faux, et les caillots, en se stratifiant, ont joué le rôle d'organe protecteur, malgré la communication fistuleuse des parois, de 3 à 4 millimètres seulement du côté de la plèvre. (*Soc. anat.*, février.)

HÉMORRHAGIES. *Injections hypodermiques de teinture de musc.* Pratiquées à l'épigastre et sur les côtés du thorax à la dose de 10 gouttes, répétées quatre fois consécutives, elles ont donné au docteur Breisky de bons résultats dans l'anémie aiguë, suite d'hémorrhagie puerpérale. Il en résulte une action stimulante beaucoup plus rapide et énergique que par l'administration à l'intérieur du médicament. (*New-York med. journ.*, janvier.)

Le docteur Figeuro les remplace par 15 à 30 gouttes d'eau-de-vie. Un blessé amené presque exsangue à *Bellevue hospital* fut ranimé par ce moyen et put supporter une amputation de cuisse par le procédé d'Esmarch. (*The Clinic.*)

Injections d'ergotine. — Voy. Fièvre typhoïde.

Pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires, par le docteur Charles Cauchois. Un vol. in-8°.

Hémorrhagies cérébrales. *Albuminurie.* Elle ne se montre pas seulement dans l'hémorrhagie de la protubérance, dont on en a fait un signe diagnostique précieux (voy. *année* 1873), elle survient aussi dans celle des corps optostriés. L'albuminurie, chez un hémiplégique, indique donc soit une hémorrhagie de la protubérance, soit une hémorrhagie considérable comprimant la base de l'encéphale. Elle constitue ainsi un signe pronostic d'une haute gravité.

Glycosurie et albuminurie. De même que la congestion du rein, constatée par M. Ollivier, explique la présence coïncidente de l'albumine dans l'urine, la glycosurie s'explique par une lésion analogue du foie. Il a constaté, en effet, une apoplexie du foie, consécutive à une hémorrhagie cérébrale. En même temps qu'une congestion intense, deux foyers hémorrhagiques, dont l'un avait le volume d'un petit œuf de poule, ont été rencontrés. (*Soc. de biol.*, avril.)

Reste à élucider si cette lésion est accidentelle et produite par une diathèse hémorrhagique, ou si, au contraire, elle est sous la dépendance directe de l'hémorrhagie cérébrale et dans quels rapports la glycosurie existe avec celle-ci. Autant de points à élucider, sans lesquels cette observation remarquable reste un simple jalon à de futures investigations.

HÉMOSTASE. *Compression élastique.* Ce procédé d'hémostase, dont la première idée est due au professeur Grandesso-Silvestri (de Vicence), mais auquel M. Esmarch a en quelque sorte imposé son nom, en en perfectionnant le mécanisme et en en généralisant l'emploi, est aujourd'hui une véritable conquête, appelée à jouer dans la pratique chirurgicale un rôle de plus en plus important. Elle n'est pas seulement applicable dans les grandes opérations des membres, dit le docteur Brandis. Qui n'a été, par exemple, dans la pénible position de chercher sans espoir un fragment d'aiguille cassée ou tout autre corps étranger dans la paume de la main ou sous la plante du pied ? Peut-être a-t-on pu sentir au début la pointe du corps étranger et incisant dessus, le chirurgien croit la voir et la saisir aisément ; mais aussitôt, tout change : la plaie est pleine de sang et l'aiguille disparait. On éponge et l'on examine avec

le doigt, la sonde, le stylet, la pince, mais en vain. Il semble parfois que la pince a touché ou saisi un corps dur, mais, en l'attirant, on s'aperçoit que c'est le fascia ou autre chose et non l'aiguille. Trop souvent, les recherches restent vaines, et une suppuration profonde, douloureuse, persistante, est le seul résultat obtenu. M. Brandis a pu se convaincre, dans une récente occasion, combien cette exploration est toute autre et rendue facile avec le bandage d'Esmarch. (*Med. Record*, janvier).

A l'exemple d'Esmarch et de beaucoup de chirurgiens européens, le docteur Valerani a appliqué ce nouveau moyen, avec un succès complet, pour l'amputation du bras chez une jeune fille atteinte d'un ulcère gangréneux, mettant à nu l'humérus droit nécrosé. Malgré la difficulté de l'application du bandage élastique, il ne s'écoula que peu de gouttes de sang par la méthode circulaire, et le résultat fut des plus satisfaisants.

Dans une amputation de la jambe, pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, chez un jeune homme, le docteur Guaschino put opérer aussi facilement que sur un cadavre, à l'aide de cette méthode. (*Acad. di med. di Torino,* décembre 1873.)

Chez un garçon de quatorze ans, M. Gayet (de Lyon) a pratiqué une résection de 11 centimètres de la diaphyse du radius gauche beaucoup plus facilement et rapidement, grâce à ce moyen. La compression élastique du membre étant faite, une incision de 13 centimètres a ouvert la gaîne périostique et l'os dénudé fut scié sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang. L'opération n'a pas duré plus de dix minutes et a eu des suites heureuses. (*Soc. de méd. de Lyon,* mars.)

Aussi, à propos de la première application de ce procédé, faite avec succès à la clinique chirurgicale de l'École de médecine navale de Rochefort, pour une amputation de cuisse, M. le docteur Lartigue émet-il le vœu que, à bord des navires, où le personnel médical est nécessairement restreint et où l'on est parfois obligé de confier la compression à des mains inexpérimentées dans de graves opérations, le médecin-major soit muni d'une bande et d'un tube d'Esmarch qui, à la rigueur, permettent à un médecin seul de pratiquer une opération avec sécurité. Avant longtemps,

le tourniquet et le garrot, remplacés ainsi avec avantage et économie par cet appareil simple d'Esmarch, passeront à l'état de curiosités historiques. (*Arch. de méd. navale*, juin.)

Suivant une communication du professeur Esmarch à l'Association des chirurgiens allemands, dans sa dernière session, il a pratiqué plus de 200 opérations non sanglantes dans sa clinique de Kiel, du 1er février 1873 au 1er avril 1874, savoir : 24 amputations dans la continuité des membres, dont 2 morts seulement; 2 désarticulations, hanche et épaule, dont une suivie de mort; 8 résections, avec une seule mort de septicémie. Jamais il n'a observé de paralysie ni de gangrène consécutives, pouvant résulter d'un bandage trop serré et mal appliqué. Le célèbre chirurgien ne laisse ce soin à personne.

De février 1873 à la fin de mars 1874, 226 opérations, faites avec l'aide du procédé d'Esmarch à l'hôpital de Kiel, ont donné, suivant A. Duns, 168 guérisons, 7 insuccès et 15 morts. 7 opérés sont morts par suite de la plaie, 2 par choc et anémie, 2 par faiblesse et les autres d'affections diathésiques.

Aucun cas de paralysie n'a été observé. Les hémorrhagies consécutives ont toujours été légères et sans suites fâcheuses.

De 34 amputations et désarticulations des grandes jointures, 4 eurent une terminaison fatale, une fois par septicémie existant avant l'opération, une fois par pyohémie et 2 fois par dépression.

En résumé, la mortalité a été de 11,8 pour 100, proportion bien inférieure aux statistiques de Lister : 26,3 pour 100; d'Ericksen : 26,3 pour 100, et de Wolkmann : 28,2 pour 100. (*Thèse inaugurale.*)

Dans un cas de tumeur profonde, développée entre le tibia et le péroné en soulevant les muscles, chez une jeune femme entrée dans le service de M. Gayet, la question d'amputation se posait par la difficulté de parvenir à l'origine de cette tumeur et de l'exciser en entier. Grâce à l'ischémie préalable, l'ablation a pu en être faite facilement. Elle naissait du ligament interosseux, poussait un prolongement jusqu'au-dessous et un autre dans la gaîne de l'extenseur du petit orteil. Il eût été fort difficile, sinon impossible, de reconnaître exactement ces limites par les procédé

ordinaires, et l'on aurait assurément laissé ces deux prolongements. C'est la récidive certaine, qui a été évitée grâce à ce nouveau moyen. (*Soc. de méd. de Lyon,* mars, et *Lyon méd.*, n° 11.)

Elle facilite aussi la cautérisation et en augmente la puissance. Le fer rouge en particulier, n'ayant pas de sang à vaporiser, produit des effets plus énergiques et plus profonds qu'à l'ordinaire. M. Ollier en a ainsi constaté les bons effets après l'amputation du gros orteil pour la cautérisation de la tête du premier métatarsien et celle d'un mal perforant du talon. Il faudra donc en tenir compte toutes les fois que l'on manœuvrera près d'un vaisseau important ou d'une articulation. (*Idem,* n° 10.)

M. Gayet (de Lyon) a également constaté l'efficacité de l'emploi de cette méthode pour l'extraction d'une aiguille enfoncée dans l'éminence thénar de la main droite. L'ischémie l'a rendue très-facile, quoique l'opérée ne fût pas anesthésiée. On a pu s'assurer ainsi que la ligature élastique n'amenait pas la moindre anesthésie. D'où ce fait curieux que, tandis que les centres nerveux ne sauraient être privés de sang, ne fût-ce qu'un instant, sans cesser leurs fonctions, les cordons nerveux supportent parfaitement une anémie prolongée sans interrompre les leurs.

Une pierre lancée par un éclat de mine ayant traversé le bras gauche d'un jeune homme, une blessure de la cubitale en résulta, avec hémorrhagies abondantes, qui obligèrent à lier l'humérale. Onze jours après, l'hémorrhagie remit de nouveau les jours du blessé en danger. Le bandage élastique permit de constater facilement deux plaies artérielles, de placer deux ligatures sur le vaisseau et d'arrêter définitivement le sang. Cette opération, d'ordinaire si laborieuse et grave, a été achevée en dix minutes, sans perte d'une seule goutte de sang.

M. Letiévant a employé un certain nombre de fois la méthode d'exsanguification d'Esmarch. Dans un cas de tumeurs veineuses dures, siégeant sur des varices et causant des douleurs considérables dans la marche, il extirpa ces noyaux, cernés par des lacs sanguins importants, et, grâce à l'ischémie préalable, il put les poursuivre, les disséquer dans le soléaire, et même voir et dégager un filet nerveux comprimé. Il l'a mise en œuvre pour des évidements du

péroné, du cubitus, et ces opérations, qui s'accompagnent ordinairement d'hémorrhagies abondantes, furent faites à sec. Il l'a employée aussi dans deux amputations de jambe et une amputation radio-carpienne ; dans cette dernière, il y eut réunion immédiate sans suppuration ; mais, le neuvième jour, une hémorrhagie secondaire apparut et se répéta avec plus d'abondance le lendemain en rendant nécessaire la suture enchevillée. Une amputation du pénis pour un cancroïde du gland ne donna aucune hémorrhagie à la surface de section ; puis, après avoir fait l'autoplastie uréthrale par le procédé de Ricord, cautérisé les corps caverneux au fer rouge, lié quatre ou cinq artérioles, le lien constricteur desserré donna lieu à une vraie pluie artérielle, qui fut difficile à arrêter par le fer rouge.

Enfin, il a essayé l'ischémie pour l'ablation d'une tumeur de la parotide, sarcome occupant les couches superficielles de la glande. Un cylindre de coton fut placé sous le maxillaire, pour comprimer le bouquet artériel carotidien, puis des bandes élastiques furent roulées autour de la face, du crâne et de la région parotidienne. En écartant deux circulaires, il fit sans peine, dans l'espace ainsi découvert, une dissection minutieuse de la tumeur, sans avoir d'hémorrhagie artérielle.

Il ressort de ces faits que la méthode d'Esmarch empêche l'hémorrhagie, permet de disséquer les tumeurs avec facilité, favorise la réunion immédiate, ne paraît pas amener de complications, et peut être appliquée ailleurs qu'aux membres, à la tête par exemple ; mais elle ne met pas à l'abri de la pyohémie. (*Soc. de méd. de Lyon*, mars, et *Lyon méd.*, n° 11.)

Cette méthode a aussi été employée pour la ligature dans les anévrysmes, pour l'opération du phimosis et la résection dans les tumeurs blanches. — Voy. ANÉVRYSMES, PHIMOSIS, TUMEURS BLANCHES.

Action sur la sensibilité. Pour savoir combien de temps l'ischémie peut être supportée sans danger pour la vitalité des membres, dans les opérations dites de recherches, M. Gayet a mis un lapin en expérience. L'interruption de la circulation dans les pattes a pu être prolongée une demi-heure, et même une heure, sans entraîner autre chose que de la fai-

blesse, qui semble disparaître peu à peu. L'autopsie de l'animal, faite vingt heures après ces manœuvres, a prouvé que la compression élastique n'avait déterminé aucune lésion matérielle. (*Lyon méd.*, n° 10.)

Contrairement au docteur Jeversen qui, sous la direction même d'Esmarch, a institué une série de recherches dont il a consigné les résultats dans sa dissertation inaugurale et qui conclut à la perte de la sensibilité, Fischer (de Breslau) n'en a jamais observé, même en laissant la ligature à demeure pendant trente à quarante-cinq minutes chez l'homme. Il a seulement constaté des points où la sensibilité tactile est obtuse, sans diminution de chaleur ni de douleur. Le fait est très-remarquable et en contradiction avec ce qui arrive à la suite des embolies ou des ligatures des membres, interrompant la circulation d'une grande masse sanguine. Comment expliquer cette différence? (*Congrès des méd. allemands.*)

A la suite de l'application bien faite du bandage conpressif, MM. Laborde et Morel (d'Arleux) ont noté les phénomènes suivants :

Au début, il y a une anesthésie complète du membre pendant une durée moyenne de trois minutes à trois minutes et demie. Ce fait, s'il était constant, serait d'une importance capitale, car on pourrait utiliser cette anesthésie locale pour exécuter certaines opérations fort douloureuses quoique rapides. La sensibilité devient ensuite normale, puis survient, dans les cinq dernières minutes, une période d'hyperesthésie très-marquée. La température s'abaisse brusquement, dès le début, d'environ 4 à 5 degrés. Mais l'équilibre se rétablit rapidement cinq à dix minutes après : il y a même une augmentation relative de 1 à 2 degrés. Les artères sont absolument exsangues; il n'en est pas de même des veines qui renferment toujours une certaine quantité de sang. (*Soc. de biol.*, 23 mai.)

M. L. Le Fort a pu exécuter une résection du coude et une amputation de la jambe sans chloroformisation et sans que la douleur ait fait crier ni se plaindre les patients. Ils ont pu parler et boire pendant l'opération. Cette anesthésie locale résulte, suivant lui, d'une compression énergique, bien faite, qui entraîne la paralysie momentanée du nerf par la suffusion sanguine, et l'on pourrait ainsi, chez les

malades débilités, où la syncope est à craindre, s'abstenir de la chloroformisation. Mais des expériences faites au Val-de-Grâce, par M. Chauvel, avec une compression énergique, contredisent cette interprétation, car il n'a obtenu qu'une demi-anesthésie. Elle n'est jamais immédiate et ne se développe que de cinq à vingt minutes après l'application du tube élastique. L'insensibilité apparaît d'abord dans les parties les plus éloignées du tronc, plus vite au membre supérieur qu'au membre inférieur. L'impression à la douleur ou analgésie disparaît la première; mais l'anesthésie n'est jamais complète, surtout dans les parties profondes. Sa durée est si courte, momentanée, qu'elle ne peut guère profiter qu'aux opérations légères, rapides, surtout à cause de la période hyperesthésique qui y succède immédiatement.

Selon M. Trélat, les différences des résultats dépendent des variétés individuelles. C'est ainsi que M. Demarquay n'a obtenu que de l'obtusion de la sensibilité, malgré une compression bien faite, sur des membres variqueux.

Une ischémie parfaite devrait entraîner une insensibilité absolue, dit M. Verneuil, et, en effet, on observe des paralysies même durables. Mais il faudrait une compression trop forte pour obtenir ce résultat, surtout au bras. Il y a une zone d'un rouge intense au-dessous du point comprimé (*Soc. de chirurgie*, juin et novembre). Selon M. Krishaber, elle résulte d'une compression très-intense qui n'est pas sans danger et qui n'est pas nécessaire pour obtenir l'ischémie. La douleur en résultant excède celle de l'opération. Dans la compression modérée, la sensibilité ne s'éteint pas. La vacuité des veines n'est incomplète que chez les animaux, à cause de la conformation anguleuse des membres; elle est complète chez l'homme.

Dangers. Un grand danger résulterait de cet hémostase chirurgicale, suivant M. Grandesso Silvestri, surtout quand on soustrait soudainement une partie considérable, comme un membre, à la circulation générale. Une pléthore locale en résulte qui peut donner lieu à des suppurations longues, des congestions locales, des abcès, des récidives, si l'amputation a été pratiquée pour une maladie diathésique comme la scrofule, le cancer. Il conseille, comme moyen préventif, de pratiquer des déplétions sanguines locales, et même gé-

nérales, pour rétablir l'équilibre dans la circulation et les fonctions. Trois exemples rapportés à l'appui ne sont pas convaincants, mais l'idée paraît juste au point de vue physiologique, et mérite d'être méditée et étudiée au point de vue clinique. (*Gazz. med. Venete*, n° 20.)

Rétraction musculaire consécutive. Dans une amputation sous-trochantérienne de la cuisse, M. Fochier (de Lyon) ayant appliqué la compression élastique, amputa immédiatement au-dessous du lien circulaire. Les muscles superficiels incisés ne se rétractèrent pas, et il fallut couper les muscles profonds au même niveau. Mais, aussitôt le constricteur enlevé, la rétraction des muscles superficiels s'opéra, le moignon devint conique, et il fallut le régulariser en reportant plus haut la section osseuse et en retaillant les muscles profonds. C'est donc là un inconvénient réel à prévoir, au moins quand on divise les muscles trop près du cordon élastique. (*Soc. de méd. de Lyon*, mars, et *Lyon méd.*, n° 11.)

Hémorrhagies consécutives. M. Ollier en a observé dans un certain nombre de cas, mais, comme il est à peu près le seul à signaler cet accident, on peut l'attribuer à son mode de pansement par l'occlusion inamovible. Jamais il n'en avait tant vu cependant qu'avec l'ischémie. Elles ont lieu six à huit heures après l'opération. Il ne suffit donc pas d'attendre quelques minutes seulement, comme on le fait parfois avant d'appliquer le bandage, pour les voir se produire. Elles s'expliquent, d'après M. Chauveau, par la rétractilité des petites artères qui s'obstruent au moment du pansement, pour se relâcher ensuite et donner du sang. (*Idem.*)

Douleurs secondaires. A la suite d'une amputation sus-malléolaire chez une femme obèse, et pour laquelle la striction avait dû être très-forte, M. Ollier observa des douleurs très-vives, le soir même, au niveau de la ligature. Il fallut enlever le bandage, et, quoiqu'il n'y eût rien de particulier, ces douleurs persistèrent jusqu'au cinquième jour (*Idem*). Il est donc présumable qu'elles sont une exception due à une constriction exagérée.

Gangrène des lambeaux. Observée dans deux cas d'amputation de la cuisse, au-dessus des condyles du fémur, par le docteur Kœnig (de Rostock). Le lambeau antérieur se gangréna assez loin, ce qu'il attribue à la longue durée de la ligature élastique. Bryk a observé le même accident qui survint d'ailleurs sans cette ligature. Il n'est donc pas autrement prouvé qu'elle l'ait exclusivement provoqué.

Paralysie du nerf médian. Dans deux opérations sur les membres supérieurs, le professeur Langenbeck a observé que des branches du nerf médian avaient été lésées par la constriction de l'anneau de caoutchouc. Dans le premier, les phénomènes paralytiques disparurent en quatorze jours, et, dans le second, une paralysie motrice complète du nerf médian existant, ces effets persistaient à la sortie de l'opéré de l'hôpital, trois semaines après son opération.

Pour prévenir ces résultats, Langenbeck a substitué au tube de caoutchouc, dans les opérations sur les membres supérieurs, un second bandage élastique sur le premier autour du tiers supérieur du membre. Avec cette modification, il a exécuté une résection du poignet et plusieurs autres opérations aussi bien exemptes d'écoulement sanguin qu'avec le tube et sans aucun trouble ultérieur des fonctions nerveuses. (*Berlin. klinische. Wochensk.*, décembre 1873.)

La paralysie s'est prolongée pendant un mois dans un cas observé par M. Labbé à l'hôpital de la Pitié.

Modifications. Le docteur Tenderini (de Carrara), partant de cette idée qu'un praticien appelé dans un cas urgent ne peut pas se procurer toujours une bande et un tube de caoutchouc, a voulu essayer si un cordon de laine ou de coton bien serré autour du membre pouvait remplacer le tube et la bande, et produire une anémie complète de la partie. Le succès a été complet dans trois cas. C'est ainsi qu'il a pu pratiquer sans hémorrhagie une amputation de jambe, une amputation de bras et une de cuisse.

Avec le cordon compresseur, l'ischémie reste plutôt périphérique que centrale, et inapplicable au cou et au tronc. Avec un petit appareil composé d'un ballon aplati en caoutchouc et d'un anneau placé autour et en dehors,

garni en dessous d'un tube de caoutchouc, M. Diday croit qu'on pourrait l'appliquer utilement sur le sein. Maintenu fortement par des bandes, le ballon central est insufflé et anémie ainsi la partie qu'il recouvre; puis les bandes et le ballon enlevés, on insuffle le tube circulaire pour empêcher l'abord du sang. Deux vessies compressives pourraient également produire l'ischémie dans la fistule anale. (*Soc. de méd. de Lyon*, mars, et *Lyon méd.*, n° 11.)

Le docteur Coletti ayant à pratiquer l'amputation de la cuisse, consécutivement à un écrasement de la jambe par un bloc de marbre, appliqua seulement trois tours de bande au-dessus du lieu d'élection, et put ainsi faire son opération presque sans perte de sang. Les gros vaisseaux furent liés, et une seule petite artère donna du sang après l'enlèvement de la bande. Le bandage élastique n'est donc pas absolument indispensable, d'après lui, pour obtenir l'hémostase. (*Lo Sperimentale*, juin.)

Dans une amputation à l'extrémité supérieure de la cuisse chez un garçon de quinze ans, entré à l'hôpital de New-Castle, pour un ostéo-sarcome du fémur, M. Gibb, après avoir chassé le sang du membre par la compression, appliqua sur l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic, sept ou huit tours d'un fort tube de caoutchouc, passant sur un coussin appliqué sur le trajet de l'aorte. Pas une goutte de sang artériel ne s'écoula, et 60 grammes à peine de sang veineux s'échappèrent en sectionnant les vaisseaux fémoraux. Aucun inconvénient n'est résulté de cette compression élastique de l'abdomen, ni la moindre hémorrhagie consécutive.

Une légère modification a été aussi employée par le professeur Volkmann pour la désarticulation de la hanche. La jambe étant bandée étroitement jusqu'à l'aine, il applique le tube élastique, dans la direction du ligament de Poupart, obliquement de dedans en dehors; mais il est nécessaire de le faire maintenir en place durant l'opération.

Dans trois cas d'amputation de la cuisse, à trois doigts au-dessous du pli fémoral, l'auteur, après avoir lié tous les vaisseaux donnant du sang, fit l'extirpation sous-périostée du fémur et la disjonction de la tête articulaire. La capsule fut laissée en place; la zone orbiculaire taillée avec un bistouri boutonné, et le sourcil cotyloïdien incisé profondé-

ment pour faciliter la saillie de la tête fémorale, et tailler le ligament rond.

Des trois opérés, un garçon affecté de coxite, avec anémie considérable et albuminurie, chez lequel la résection n'était pas possible, perdit moins de 30 grammes de sang. Guérison.

Un homme très-robuste, dont un train avait trituré la jambe, perdit seulement 90 grammes de sang. Mort par choc ou ébranlement nerveux.

Un vieillard de soixante-dix ans, portant un mixome saignant, perdit en tout 150 grammes de sang. Mort de la chloroformisation quatre heures après.

Compression de l'iliaque commune par le rectum. Cette singulière méthode est suivie et proposée par le docteur Woodburg. Il pénètre dans le rectum avec la main droite, quand la compression doit avoir lieu de ce côté et réciproquement. Il l'a employée dans plusieurs amputations des membres inférieurs, notamment dans la désarticulation de la cuisse, et croit que cette compression directe peut remplacer avantageusement la méthode d'Esmarch. (*Amer. Journ. of med. sciences.*)

En admettant que ce mode de compression soit sans danger pour l'intestin, il est en tout cas très-désagréable pour l'opéré, et doit gêner aussi l'opérateur. Ce sont là des procédés trop compromettants pour être généralisés, et qui ne seront jamais employés que dans certains cas particuliers.

Ligature de la fémorale profonde. Le bandage d'Esmarch n'étant pas applicable pour l'excision d'une énorme tumeur de la cuisse gauche, occupant les trois quarts supérieurs du membre, M. Caselli n'eut pas recours au moyen précédent. La tumeur présentant des pulsations qui disparaissaient par la compression de la fémorale profonde seule, il en fit la ligature préalable à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation du tronc artériel. La tumeur carcinomateuse fut extirpée ensuite. L'opéré étant mort, l'autopsie justifia la bonne exécution de ce moyen d'hémostase. (*Bull. delle scienz. med. di Bologna*, décembre 1873.)

Galvano-cautère. Employé avec grand avantage par M. Til-

laux contre une tumeur érectile très-étendue et sans perdre une goutte de sang. — Voy. GALVANO-CAUSTIQUE.

Uncipression. Sous le nom d'*uncipresione* (de *uncus*, *unci*, crochet, et de *pressio*, par analogie avec acupressure, acufilo-pressure), M. le professeur Vanzetti (de Padoue) a décrit, dans un mémoire lu à l'Institut vénitien le 14 juin, un nouveau procédé chirurgical hémostatique. « Il est par lui-même si simple, si facile, si naturel, si commun et si vulgaire, qu'il n'y aurait pas lieu de s'arrêter ici, dit le célèbre chirurgien, si son application ne pouvait décider, parfois, de la vie ou de la mort d'un blessé. Il s'offre si spontanément, même quand on fait la ligature d'une artère, qu'il est étonnant que l'on n'en ait pas encore tiré parti, que je sache, quand la ligature ne pouvait avoir lieu. »

Il consiste tout simplement à enfoncer, au fond d'une plaie avec hémorrhagie, et en sens contraire, opposé, deux crochets aigus ou érignes, simples ou doubles, avec ou sans manche, assez profondément pour qu'ils compriment l'artère ouverte dans leurs anses. En écartant avec plus ou moins de force les deux lèvres de la plaie, comme lorsqu'il s'agit d'extirper une tumeur, l'hémorrhagie peut s'arrêter. Il suffit alors de maintenir cet écartement pendant vingt-quatre, trente ou quarante heures, suivant le calibre de l'artère ouverte, en passant un fil, élastique ou non, autour de la partie siége de l'hémorrhagie, pour qu'elle soit arrêtée définitivement.

L'emploi de ce procédé a été suggéré à M. Vanzetti par une grave hémorrhagie rebelle de la paume de la main qui se répétait, depuis vingt-huit jours, chez un paysan amené à sa clinique. Après débridement et ligature très-laborieuse des deux bouts de l'artère divisée, il jugea prudent, dans la crainte de voir l'hémorrhagie reparaître, de tenir bien écartées les lèvres de la plaie au moyen de deux crochets doubles et aigus insinués profondément, et maintenus toujours tendus par un fil fixé à leur manche, et noué à l'autre bout sur la face dorsale de la main.

Dès le second jour, en effet, l'hémorrhagie récidiva pendant la nuit. Dans l'impossibilité d'appliquer une nouvelle ligature, il enfonça de nouveau le crochet, qui s'était relâché, au point où jaillissait le sang, et l'hémorrhagie fut

arrêtée. Une nouvelle hémorrhagie s'étant manifestée le même jour, à onze heures, du côté opposé, il suffit de réappliquer le crochet et de le tendre convenablement pour que l'hémorrhagie cessât définitivement. L'enlèvement des crochets après quarante-huit heures ne donna pas issue à une seule goutte de sang, et la plaie se cicatrisa parfaitement.

Dans deux cas analogues d'hémorrhagie traumatique de la paume de la main et de l'avant-bras, ce procédé réussit également à arrêter l'écoulement du sang sans ligature des artères lésées. L'un était un garçon de vingt-deux ans qui s'était enfoncé la pointe de son couteau transversalement entre le métacarpien du doigt indicateur et le médius de la main gauche. La plaie, très-profonde, n'avait qu'un centimètre de long, et donnait du sang en abondance quand l'humérale n'était pas comprimée. Il suffit d'insinuer profondément deux crochets simples dans les lèvres de la plaie et de les maintenir écartées pour arrêter l'hémorrhagie.

Le troisième blessé était un homme de cinquante-quatre ans qui s'était plongé maladroitement la pointe d'un couteau triangulaire à la face antérieure de l'avant-bras gauche. Amené à la clinique avec un bandage compressif, cet homme avait une plaie transversale d'un centimètre et demi de long sur le trajet de l'artère cubitale, à 7 centimètres au-dessus du carpe. Deux crochets simples enfoncés, et en écartant les lèvres dans une direction très-oblique pour mieux comprimer les deux bouts de l'artère divisée, ne suffirent pas à arrêter l'écoulement sanguin. L'épreuve manqua également en les plaçant dans une direction opposée et en les tendant avec plus de force. Mais il suffit de remplacer les crochets simples placés supérieurement, par un crochet double, pour faire cesser immédiatement l'hémorrhagie. Les fils fixant ces crochets furent noués à deux bâtons fixés perpendiculairement aux côtés du lit. Ils furent enlevés, quarante-huit heures après, sans que l'hémorrhagie se reproduisît.

Ce moyen hémostatique est digne de considération. Le succès en est dû, suivant l'auteur, à l'action des crochets qui, en serrant l'artère dans leur courbe, la compriment étroitement par leur tension. Cependant, dans sa troisième proposition, il admet que la courbe que l'artère peut subir

par la traction des tissus à l'extérieur et le changement de ses rapports, peuvent aussi y contribuer.

Quel que soit le mode d'action de ce moyen simple, il est évident qu'il serait applicable dans une foule de cas pour arrêter les hémorrhagies des petites artères des membres et du tronc, sans être obligé de recourir à l'agrandissement de la plaie et à pouvoir agir sans aide. Il serait surtout précieux pour les jeunes chirurgiens, les médecins de campagne et tous ceux qui, n'étant pas habitués aux opérations, opposent à ces hémorrhagies la glace, les styptiques et les bandages compressifs. Il empêcherait l'emploi de ces moyens ordinairement impuissants et même dangereux par leur action éphémère, en entretenant de fausses espérances, chez le médecin et le malade, pendant un temps précieux. L'*uncipresione* préviendrait ainsi les hémorrhagies secondaires, les anévrysmes, et toutes les conséquences de l'infidèle et dangereux bandage compressif.

On pourra d'ailleurs modifier et perfectionner l'emploi de ces crochets suivant les cas ; en appliquer un ou plusieurs, selon le calibre de l'artère, et dans telle direction qu'on le jugera nécessaire. (*Della uncipresione*, brochure in-8° de 27 pages. Venise.)

Ce procédé suggère pourtant quelques objections. Cet écartement forcé et prolongé, pendant trente ou quarante heures, des lèvres de la plaie, doit en retarder notablement la cicatrisation, et provoquer une suppuration prolongée et profonde. C'est le contraire de la réunion immédiate. Une douleur vive doit aussi résulter de cette traction ; ce renversement des tissus comprenant des tendons, des filets nerveux, dont la piqûre, le tiraillement, doivent d'autant plus facilement amener le tétanos. L'expérience doit donc prononcer plus amplement, et c'est elle que M. Vanzetti appelle.

Son emploi exclusif serait aussi en contradiction avec les règles actuelles de l'art, même réduit aux hémorrhagies artérielles de la paume de la main. M. Verneuil a posé, en effet, tout récemment en principe à la Société de chirurgie, qu'il fallait toujours lier les deux bouts de l'artère divisée, même au prix de débridements étendus et dangereux. Et sur l'objection de MM. Dubreuil et Le Fort, qu'il pouvait résulter de ceux-ci des accidents formidables, et que la compression avait suffi dans bon nombre de cas, MM. Des-

prés, Tillaux, Paulet et Perrin, ont énergiquement protesté contre cette doctrine. Or, tant que le mode d'action de l'*uncipression* ne sera pas démontré être tout autre que son nom l'indique, elle ne devra être employée qu'à titre d'exception, et quand il n'est pas possible d'appliquer la ligature.

HERNIES. *Algidité.* Son degré d'intensité dépendrait, suivant M. Demarquay, du siége de l'étranglement. Son observation des malades l'ayant porté à admettre qu'elle était d'autant plus marquée que l'étranglement siégeait plus haut dans l'intestin grêle, en raison de la richesse nerveuse de ces parties, il vérifia le fait par des expériences sur les chiens, en pratiquant la constriction des anses intestinales à différentes hauteurs. Il en résulta que l'abaissement consécutif de la température animale devenait plus marqué à mesure que la constriction se rapprochait du duodénum. Le fait était ainsi confirmé, et il en résulte que le degré de refroidissement pourrait servir à diagnostiquer la hauteur approximative de l'étranglement.

Mais les résultats obtenus par M. Verneuil sont contradictoires. La constriction opérée par M. Terrillon sur sept ou huit chiens n'a pas produit d'abaissement de température notable. Sur un homme atteint d'étranglement intestinal, apporté à l'hôpital Lariboisière, et dont la température n'était que de 35 degrés centigrades avec douleurs abdominales atroces, M. Verneuil constata, à l'autopsie, un étranglement des plus serrés portant sur 25 centimètres au moins du gros intestin, sur l'S iliaque qui était livide.

L'abaissement de la température n'est donc qu'un signe précieux de diagnostic différentiel entre l'étranglement et l'obstruction intestinale, mais quant à sa cause, à ses lois, il faut avouer qu'on les ignore encore. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Épiphénomène consécutif. Vers le cinquième jour, après une kélotomie pratiquée par M. le docteur H. Cazin, chez une femme de cinquante-huit ans, pour une hernie crurale à la période extrême d'étranglement avec algidité, pouls insensible, etc., l'opérée se plaignit d'une sensation particulière de fourmillement dans les doigts et les orteils des quatre membres, qu'elle comparait à la sensation causée par le séjour dans l'eau. Ces parties ne présentaient rien

d'anormal, si ce n'est une diminution de la coloration.

Deux jours après, la pulpe de ces extrémités était augmentée de volume, l'épiderme distendu par du liquide était soulevé jusqu'à la deuxième phalange. Il se rompit bientôt avec écoulement de sérosité et se détacha comme un doigt de gant. La chute n'en était pas terminée trois semaines après, alors que la guérison était complète.

M. Cazin attribue ce phénomène à l'algidité, dans laquelle la malade avait été opérée. Ce fait n'étant pas rare, il sera facile de vérifier cette opinion. (*Idem.*, octobre.)

Irréductibilité par un os. Un fermier de soixante-quinze ans était atteint d'une hernie inguinale droite qu'il réduisait lui-même depuis huit ans, lorsque le 17 juillet 1873, et après avoir bu abondamment de l'eau, il ne put faire rentrer sa hernie, plus grosse que d'habitude. Après deux jours de tentatives, même forcées, les vomissements étant devenus fécaloïdes, le docteur Hyatt fut appelé, mais ne pouvant réduire, il appela le docteur Olney le lendemain. L'examen étant fait sous l'influence de la chloroformisation, fit découvrir quelque chose d'inusité dans le sac. Un corps étranger était perçu distinctement au-dessus du ligament de Poupart et près de l'anneau fémoral où la saillie des parties enflammées simulait une hernie fémorale. La réduction ne put se faire, et le malade succomba le lendemain matin.

Une incision, faite dix heures après sur la tumeur, découvrit l'extrémité d'un petit os, long de deux pouces, placé dans la direction de l'anneau fémoral, au-dessus du ligament de Poupart. La moitié environ faisait saillie hors du sac perforé. Il suffit de l'extraire de l'intestin pour réduire celui-ci facilement. Il n'était pas étranglé, mais rendu irréductible par l'os qui, en le perforant comme le sac, le retenait fixé en dehors de l'abdomen. Il n'était cependant pas beaucoup enflammé, mais une péritonite considérable existait. (*Boston med. and urg. Journal*, 15 avril.)

Gastrotomie. Un singulier moyen de réduire l'étranglement est préconisé par M. Th. Annandale : c'est de pratiquer une petite ouverture des parois abdominales et d'ouvrir ainsi la cavité abdominale au voisinage de la hernie au lieu

d'ouvrir le sac lui-même. Les doigts étant introduits par cette ouverture, on tire sur l'intestin par derrière et la partie contenue dans le sac se trouve ainsi réduite.

Qui ne voit là le danger d'ouvrir la cavité péritonéale, celui de réduire sans constater l'état de la portion herniée, adhérente ou gangrenée, et bien d'autres?

Aussi l'auteur limite-t-il l'emploi de cette étrange innovation aux hernies ombilicales à orifice large et dont les enveloppes tendent à s'ulcérer, aux grosses hernies inguinales ou scrotales jusque-là réductibles, et lorsque la kélotomie ordinaire ne peut être exécutée régulièrement.

Un seul fait de hernie ombilicale, suivi de mort en quarante-huit heures, n'est pas de nature à faire renouveler la tentative. (*Edinb. med. Journ.*, septembre, 1873.) — Voy. Péritonite herniaire.

Hernie congéniale étranglée. La rareté de la guérison dans ce cas, qui a fait dire à M. Demarquay qu'il n'en n'avait pas obtenu une seule par la kélotomie, rend l'observation suivante des plus utiles à consulter. Il s'agit d'un fondeur de quarante-cinq ans, pris le 4 juin 1873 des symptômes d'étranglement. La tumeur, située à gauche, est allongée, cylindrique, et mesure 16 centimètres de long sur 18 de circonférence. Le taxis restant vain, et la tumeur donnant une fluctuation à son tympanique, une ponction est faite par M. le docteur Ducluzaux (de Stenay). 50 grammes d'un liquide séro-sanguinolent sont extraits sans plus de succès. Il fallut recourir à la kélotomie. Le sac, constitué par la tunique vaginale, fut ouvert jusqu'à l'anneau externe. Une masse d'épiploon s'y trouvait renfermée avec un caillot, gros comme un œuf de poule, résultant de la rupture de deux veines épiploïques par le taxis. L'anneau interne, à une grande élévation, était le siége de l'étranglement. Il fallut le débrider sur la sonde cannelée. Il n'y avait pas de collet épaissi cartilagineux pour l'expliquer. L'intestin attiré au dehors était le côlon dont les tuniques séreuse et musculaire avaient été divisées par le bistouri dans une étendue de 1 centimètre 1/2. L'écoulement du sang en résultant empêchait de réduire. Trois points de suture avec une aiguille très-fine, ronde, et un fil très-fin furent placés séparément. On attendit ainsi vingt minutes en lavant et essuyant

ce traumatisme. La plaie étant alors exsangue et ses bords réunis, les trois points de suture sont enlevés et la réduction commence.

Mais alors s'élève une nouvelle difficulté : la masse épiploïque, large comme les deux mains, empêche la réduction. La divisant en deux parties égales au niveau du canal, l'opérateur pose une ligature sur chacune et tout l'épiploon est réséqué au-dessous. Les parties herniées sont, dès lors, comme avalées, et les deux fils, remontés dans le ventre, sont placés dans la partie moyenne de la plaie externe réunie par la suture entortillée.

Cette laborieuse opération avait duré deux heures un quart pendant lesquelles l'opéré, chloroformé, avait dormi tranquillement. Des compresses d'eau froide constituèrent tout le pansement. Une réunion immédiate s'ensuivit, excepté autour des fils donnant lieu à l'écoulement d'une petite quantité de pus. Ils tombèrent le trentième jour et la plaie se ferma immédiatement.

C'est donc là une observation très-remarquable et qui prouve autant l'habileté de l'opérateur que l'insensibilité du péritoine au traumatisme. (*Union méd.*, n° 63.)

Hernies inguinales volumineuses et irréductibles. *Repos et diète.* M. Verneuil a mis en usage ce traitement ancien de Malgaigne chez un homme de cinquante-deux ans, portant une énorme tumeur des bourses, dure, irrégulière et absolument irréductible. Le repos sur le dos avec diète et un léger purgatif tous les deux ou trois jours en tenant la tumeur soulevée en amena la réduction spontanée le dix-septième jour. La tension avait diminué graduellement par le vide des liquides, l'activité de la circulation et l'amaigrissement de l'épiploon.

C'est ainsi que chez un ecclésiastique qui souffrait parfois considérablement d'une hernie semblable, datant de quinze ans, la réduction se fit spontanément le cinquième jour. Ce fut au bout de dix jours dans un troisième cas. On peut donc employer ces moyens avec confiance et faire ensuite porter un bandage qui préviendra toute douleur et tout accident d'étranglement en permettant aux herniés de se livrer à leurs travaux avec plus de sécurité. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, janvier.)

Hernie ombilicale. *Nouveau procédé.* Dans le cas d'étranglement, M. Demarquay se borne à faire une incision oblique, partant de la partie moyenne de la tumeur et se dirigeant à gauche sur la paroi abdominale ; de la sorte, il évite la veine ombilicale à droite, et la ligne blanche sur la ligne médiane. Cette première incision ne doit intéresser que la peau. On incise ensuite couche par couche le tissu cellulo-adipeux, et l'on arrive ainsi sur le pédicule du sac herniaire ; puis on pratique une petite incision à la partie inférieure gauche du sac. L'extrémité de l'indicateur gauche étant introduite à travers ce pertuis, la pulpe du doigt, appuyée sur l'orifice de la hernie ombilicale, conduit un bistouri falciforme dont le tranchant est dirigé en dehors sur l'anneau lui-même. L'extrémité de l'indicateur gauche conduisant le bistouri et protégeant les viscères intérieurs, on fait une incision de 2 centimètres au moins qui intéresse la circonférence du sac herniaire dans sa partie gauche et l'on coupe toute l'épaisseur de la paroi abdominale dans ce point, qui généralement n'est point épais. La tumeur s'affaisse et offre moins de tension. On ne pratique aucun taxis; et l'on termine l'opération par une suture entrecoupée, soignée, qu'on recouvre de collodion. Sans entrer dans les objections de détail, on peut dire que ce procédé plus ou moins modifié ne paraît devoir être avantageux que dans les hernies récentes, alors qu'il n'y a pas dans le sac des liquides et des exsudats qu'il serait dangereux de laisser rentrer dans l'abdomen. M. Demarquay a eu un succès sur quatre opérations. (*Bull. de thérapeutique*, 30 octobre.)

HERPÈS. **Herpès labialis.** On tend de plus en plus à faire de cette variété un type pathologique, une spécificité définie. Tandis qu'autrefois cette éruption était considérée comme un effet de la fièvre, une manifestation critique de l'angine, de la pneumonie ou d'autres inflammations, l'école moderne en fait une affection distincte, spéciale des fièvres symptomatiques. Une angine herpétique a ainsi été décrite par Bretonneau, Trousseau, MM. Gubler et Lasègue, et tous sont d'accord pour désigner l'herpès labialis consécutif comme l'un de ses signes les plus constants et les plus sûrs. C'est même pour ce dernier un des caractères distinctifs de cette angine. De même d'une certaine forme de pneumonie

légère que l'apparition de l'herpès labialis paraît juger. Sur 130 pneumoniques observés par Grisolle, la résolution fut marquée par l'éruption aux lèvres, surtout la lèvre supérieure, de petites vésicules plus ou moins nombreuses. M. Sée a remarqué que ces malades ne succombent que dans la proportion de 9 sur 100 au lieu de 29, proportion normale, et que cette éruption se montre surtout dans le jeune âge (voy. PNEUMONIE, 1873). Beddoe a observé à l'infirmerie royale de Bristol une pneumonie au début qui s'est terminée brusquement en trois jours par l'apparition de nombreuses vésicules d'herpès. (*Lancet*, juin 1873.)

Fondé sur ces observations et les siennes, M. Parrot a créé sous le titre de *fièvre herpétique*, une entité nosologique réunissant tous les symptômes qui caractérisent cette éruption spéciale de l'herpès (voy. *année* 1872). Étendant encore sa signification et précisant mieux ses rapports, M. le docteur Lagout rattache à cet herpès labialis l'angine et la pneumonie qui s'accompagnent de ce symptôme. Il est pour lui la caractéristique constante de la fièvre herpétique. Si les vésicules se manifestent sur les amygdales, avant d'apparaître aux lèvres, c'est que la muqueuse est plus facile à percer que la peau. De même de la pneumonie herpétique. Les râles locaux qui s'entendent à l'auscultation révèlent l'existence de lésions herpétiques qui disparaissent dès que l'éruption apparaît aux lèvres. De là la résolution rapide de la pneumonie attribuée aux remèdes. La fièvre herpétique a donc pour lésion caractéristique et constante l'herpès labialis, auquel aboutissent finalement l'angine et la pneumonie herpétique. Il faudrait même y joindre l'herpès généralisé fébrile. — Voy. *année* 1872.

Des observations recueillies par ce praticien montrent qu'elle peut exister à l'état épidémique. Il en rappelle deux exemples. Quant à la forme sporadique, les observations en sont aujourd'hui très-communes. Ce serait là une fièvre éruptive symptomatique dont la poussée, lorsqu'elle est simple, est ordinairement sans gravité, mais qui, double parfois, s'accompagne de fièvre intense et de phénomènes graves. Elle récidive souvent et parfois annuellement. C'est ainsi que, par comparaison, M. Lagout établit, par des exemples, la similitude, l'identité des symptômes lorsqu'elle se manifeste primitivement sur les poumons ou la gorge. L'in-

tensité et la gravité de ces symptômes en sont les seules différences. Ils peuvent même servir à établir le diagnostic.

Quant au traitement, il doit se borner à favoriser l'éruption, c'est-à-dire l'élimination du principe morbifique résultant de la perturbation imprimée à l'organisme par le refroidissement. L'émétique, qui produit artificiellement cette éruption pourrait être administré dans ce but. Son emploi dans les pneumonies, suivant la méthode rasorienne, paraît même l'avoir provoquée, car il est d'observation usuelle que l'herpès labialis survient très-fréquemment quand on parvient à juguler la maladie par ce traitement. Il serait donc intéressant de faire des études dans ce sens. (*Union méd.*, nos 24, 25 et 27.)

Tout en contribuant à établir la réalité de cette nouvelle entité nosologique, le mémoire de M. Lagout, basé sur des observations cliniques et des données historiques précises, ne porte pas une entière conviction dans l'esprit. C'est une enquête sincère, complète, plutôt qu'une démonstration péremptoire. Il faut donc continuer à observer et attendre les observations contradictoires qui ne pourront manquer de se produire.

En voici une qui montre bien l'essentialité de cette éruption. Le 21 février dernier, M. Chailloux est appelé un matin près d'un enfant de vingt-cinq mois ; toute la nuit, il y a eu insomnie, fièvre, cris, agitation extrême. Depuis deux jours, il paraissait abattu, refusait la nourriture et était d'humeur maussade. On constate une fièvre modérée avec somnolence, affaissement prononcé; il n'y a pas d'angine ; toux rare, facile, datant de plusieurs semaines, constipation depuis deux jours. Vers quatre heures du soir, la fièvre redouble et ramène beaucoup plus intenses tous les accidents de la nuit précédente.

Le 22 au matin, la fièvre a cessé, mais l'abattement est beaucoup plus profond que la veille ; l'enfant cherche à dormir et ne veut pas être dérangé. Une éruption s'était produite. Au niveau du menton et de la lèvre inférieure, des deux côtés de la ligne médiane, sur des surfaces d'un rouge vif, s'élèvent de nombreuses vésicules, les unes transparentes, les autres déjà légèrement troubles. La plupart sont confluentes, réunies en quatre ou cinq groupes irréguliers, formant phlyctènes ; quelques-unes seulement, de

dimensions diverses, restent isolées; l'éruption est beaucoup plus développée à gauche qu'à droite. Sur la lèvre supérieure, cinq ou six vésicules éparses; mêmes vésicules au pourtour des narines, qui en sont obstruées ; enfin deux petits groupes phlycténoïdes sur la joue gauche. Dans la soirée, vers trois heures, retour des symptômes fébriles ; ils se montrent un peu moins intenses et cessent plus tôt que ceux de la veille.

Le 23 au matin, nouvelles vésicules sur presque toute l'étendue de la paupière supérieure gauche; un nouveau groupe s'est également formé sur la joue gauche, en dedans de la pommette et au-dessous de l'œil. L'enfant repose plusieurs heures de suite. Vers une heure, accès de fièvre qui cesse dans la soirée; sommeil tranquille une partie de la nuit.

Le 24 au matin, encore quelques nouvelles vésicules dans l'angle interne de l'œil gauche, et un groupe confluent au niveau du menton, au milieu des autres qui, apparus les premiers, se sont affaissés et commencent à se dessécher sous forme de croûtes brunâtres. L'enfant repose et prend un peu de nourriture dans la journée ; il dort d'un sommeil assez tranquille presque toute la nuit.

Le 25 au matin, pas de nouvelle éruption ; presque toutes les vésicules sont affaissées, mais elles provoquent des démangeaisons qui excitent le petit malade à les détacher avec ses doigts.

On retrouve ici les poussées successives et l'intermittence fébrile signalées par M. Lagout dans ses observations V et VI, avec cette différence que la fièvre revient quotidiennement. Quant à l'âge, les enfants jeunes peuvent être si bien atteints, qu'en outre de celui de trois ans et demi de M. Parrot, en voici un de vingt-cinq mois seulement. (*Union méd.*, n° 35.)

Comme preuve péremptoire du caractère idiopathique de cette éruption dans certains cas, M. Lagout rapporte le fait d'un ouvrier de trente-cinq ans qui, le consultant le 31 mai dernier, lui dit que, depuis le 24, il avait éprouvé tous les deux jours, vers neuf heures du matin, un accès de fièvre avec frissons, chaleur et sueurs. Il y a une série de huit à dix boutons d'herpès aux divers points de leur évolution. A la question : qu'est-ce que c'est? le malade répond : *ça, c'est la fièvre*; il ne croyait pas si bien dire, car avec une simple potion de 5 centigrammes d'émétique dans 150 de véhicule,

à prendre par cuillerées toutes les deux heures, les accès cessèrent immédiatement sans aucune autre médication (*Idem*, n° 81). N'y avait-il pas là un état gastrique fébrile que le tartre stibié a détruit du premier coup ?

Herpès gestationis. On s'est beaucoup occupé de l'herpès et de la fièvre herpétique comme espèce nosologique depuis trois ans. Sous ce nouveau titre, le docteur Duncan Bulkley décrit une de ces diverses et nombreuses manifestations prurigineuses de la peau qui se manifestent pendant la grossesse. Il s'agit de cette éruption appelée *pemphigus* par Gibert, Chausit, Hardy, en France ; Klein et Hébra, et que Wilson et Milton, en Angleterre, considèrent comme un *herpès circiné bulleux*. L'auteur adopte cette opinion, d'après le seul fait qu'il a observé deux fois chez la même femme, et c'est seulement pour le distinguer qu'il lui donne ce terme spécial.

A l'appui de son opinion, l'auteur se livre à des considérations physiologiques et cite de nombreuses observations montrant l'étroite sympathie de l'utérus avec la surface cutanée. Une grande érudition est déployée, surtout concernant les auteurs français ; mais le diagnostic différentiel entre le pemphigus et l'herpès n'est pas établi de manière à justifier la nouvelle dénomination. Il s'agit bien, dans cette observation, comme dans les précédentes, de véritables bulles plus ou moins volumineuses, apparaissant pendant la grossesse aux mains et aux pieds d'abord, puis sur le reste du corps, et contenant un liquide clair avec prurit intense. Cette éruption est bien liée à la gestation, car elle se développe sous son influence, cesse avec elle, après s'être montrée réfractaire à tout traitement, et se reproduit dans plusieurs grossesses successives, qui peuvent aller de huit à dix, comme dans l'observation de M. Hardy. (*Amer. Journ. of obstetrics*, février.)

HONORAIRES. *Accouchement à forfait.* Le docteur Coqueret avait fixé ses honoraires pour l'accouchement de la dame Bourdon à 200 francs ; mais au lieu d'un accouchement simple, comme on le suppose toujours, un accouchement laborieux se présente, et M. Coqueret appelle à son aide un consultant du voisinage, le docteur Carpentier, qui,

après examen, juge à propos d'appliquer le forceps. Par ce moyen, l'accouchement se termine heureusement, et le docteur Carpentier réclame 80 francs, outre 10 francs pour deux visites. Mais Bourdon refuse de payer et prétend que c'est à Coqueret de payer celui qu'il a appelé à son aide. Appelé devant le juge de paix, il fait défaut et est condamné par jugement du 19 septembre 1873. Il y forme bientôt opposition et fait valoir les motifs précédents devant le juge de paix. Mais un nouveau jugement, fortement motivé, le condamne de nouveau, et dont voici les principaux considérants :

Attendu que, lorsqu'un prix a été fixé d'avance pour un accouchement, il est d'usage de supposer un accouchement simple et naturel, tel qu'il se présente le plus fréquemment;

Que débattre et déterminer un chiffre, en prévision d'une parturition difficile ou dangereuse, serait contraire aux plus élémentaires convenances;

Que, dès lors, les complications qui surgissent dans un accouchement laborieux, légitiment la réclamation d'une somme supérieure à celle primitivement convenue; que l'assistance d'un confrère, rendue nécessaire par suite, soit d'une application de forceps, soit d'une version, soit de toute autre opération, exige une rémunération supplémentaire;

Attendu que, dans l'accouchement de la dame Bourdon, l'emploi des fers a été inévitable, et que le docteur Carpentier a coopéré avec le docteur Coqueret à leur application; que c'est donc à bon droit que ledit Carpentier réclame le prix de sa présence et de son concours;

Attendu que, vainement, Bourdon allègue que ni lui ni sa femme n'ont appelé ou fait appeler le docteur Carpentier;

Qu'il est inadmissible que, devant les complications et les dangers de l'accouchement, ils aient refusé une assistance déclarée indispensable, qu'ils ont, tacitement au moins, ratifié l'appel fait par leur médecin;

Que, d'ailleurs, la dame Bourdon reconnaît ne s'être pas opposée à cet appel;

Attendu que, vainement encore, Bourdon prétend laisser à la charge du docteur Coqueret les honoraires dus au docteur Carpentier;

Qu'il est de la plus vulgaire équité que les services soient rétribués par ceux qui les ont reçus;

Que les honoraires accidentels dus au médecin intervenant doivent donc être supportés par la personne pour laquelle cette intervention a été nécessaire;

Qu'accueillir un système contraire, et obliger le médecin à imputer sur ses honoraires la rémunération de l'assistance qu'il réclame, ce serait encourager peut-être des hésitations, des retards dans l'appel d'un confrère, et, tout à la fois, compromettre les intérêts des malades et porter atteinte à la dignité professionnelle.

HOPITAUX. *Hygiène.* S'il est vrai que l'encombrement, l'agglomération d'un grand nombre de malades, soit une condition favorable à la contagion et aux chances de mortalité dans les hôpitaux, il faut distinguer, suivant M. le professeur Bouchardat, la nature des maladies qui y sont traitées. Dans les hôpitaux où l'on reçoit indistinctement toute espèce de malades, la mortalité n'est pas aussi proportionnelle qu'on le croit à leur nombre. C'est ainsi que, dans les hôpitaux généraux de Paris, la mortalité diffère beaucoup moins qu'on ne le dit, entre les grands et les petits. A l'hôpital Necker, la mortalité était déjà plus élevée lorsqu'il ne contenait que 120 lits, qu'à l'Hôtel-Dieu qui en avait 1000. Une statistique de tous les hôpitaux de Paris, pendant la période décennale de 1855 à 1864, donne aussi une proportion de mortalité plus élevée à la Pitié et Lariboisière, dont la population est bien moindre.

La situation de l'hôpital, le bon aménagement des constructions, et une ventilation convenable, ont certainement leur utilité; mais ces conditions ne jouent pas le principal rôle. C'est ainsi que dans les salles basses, humides de l'Hôtel-Dieu et les longues salles de la Charité, communiquant toutes ensemble, on meurt moins que dans les constructions espacées et mieux aménagées de Necker et de la Pitié. Le voisinage même d'un cours d'eau, auquel on accorde tant d'importance, n'a pas d'influence à cet égard. La mortalité de l'Hôtel-Dieu, situé sur les deux rives de la Seine, est aussi élevée qu'à l'hôpital Beaujon, très-éloigné du fleuve. L'élévation n'est guère plus capitale. L'Hôtel-Dieu et la Charité, situés dans des bas-fonds, n'ont pas une

mortalité supérieure à Lariboisière et Beaujon, construits sur des hauteurs. Bloquée dans un centre d'habitations, la Charité ne donne pas un chiffre de mortalité supérieure à celui de Lariboisière, Beaujon et Necker, convenablement isolés. Cette condition est donc encore secondaire, comme la ventilation, car on meurt plus dans ces derniers hôpitaux artificiellement ventilés que dans les anciens qui ne le sont pas. Ce n'est pas l'hôpital qui doit être mis en cause, mais les malades qu'on y reçoit. Là est tout le danger de l'encombrement nosocomial.

Il n'a que peu d'inconvénients contre de réels avantages pour les maladies inflammatoires : rhumatismes, bronchites, pleurésies, pneumonies; pour les intoxications, y compris les fièvres paludéennes; beaucoup d'ophthalmies, la plupart des maladies de l'appareil génito-urinaire, de l'encéphale, de la peau, et toutes les maladies transmissibles par contact ou inoculation, comme la syphilis et la tuberculose. Pour tous ceux qui en sont atteints, le séjour de l'hôpital n'a aucun inconvénient hygiénique, ni pour eux, ni pour les voisins. Mais il y a des dangers indubitables pour toutes les maladies contagieuses à miasmes diffus : variole, rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde; la première pour les individus non vaccinés ou revaccinés, surtout pour les enfants, et la dernière pour les nouveaux arrivés. C'est pourquoi un hôpital spécial de varioleux est indispensable partout où un certificat de vaccine n'est pas exigé de tout entrant à l'hôpital. Un hôpital spécial de typhiques n'est pas aussi formellement réclamé, car la contagion de la fièvre typhoïde n'est à craindre, dans un hôpital général, que pour les non acclimatés.

Les malades atteints de *typhus fever*, de fièvre jaune et du choléra asiatique, présentent de bien plus graves dangers à être introduits et traités dans les salles communes, comme la mortalité des médecins, des sœurs, des infirmiers ne le prouve que trop. Mais ceux dont l'accumulation est surtout redoutable, sont les enfants atteints de maladies spéciales de leur âge, les nouvelles accouchées, les blessés et les opérés.

La contagiosité extrême de la variole, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, le croup, l'ophthalmie purulente, entre les enfants surtout, rend leur encombrement des

plus dangereux. C'est ainsi que la mortalité de l'hôpital des Enfants qui a été de 1 sur 4 1/2 de 1804 à 1814, est encore de 1 sur 5,46, malgré les améliorations récentes, et qu'à l'hôpital récent de Sainte-Eugénie elle est de 1 sur 6,2. Ce sont là des chiffres très-élevés, inhérents aux malades plutôt qu'aux hôpitaux. Aussi les secours donnés pour soigner ces malades à domicile seraient-ils des mieux placés. On pourrait aussi en disperser un certain nombre, avec avantage, dans les salles d'hospice consacrées aux femmes âgées, car celles-ci ne peuvent ni communiquer ni recevoir les maladies zymotiques de l'enfance.

L'infection miasmatique ou la contagiosité de la fièvre puerpérale rend également la réunion d'un grand nombre de femmes en couches des plus fatales. La mortalité de 1 sur 29 dans les diverses cliniques ou maternités, au lieu de 1 sur 212 en ville, le démontre. Si des soins particuliers, des précautions hygiéniques peuvent l'atténuer, comme à la Pitié, dans le service de M. Empis, l'isolement de ces malades en est la meilleure garantie. On peut, à cet effet, transporter les accouchées, dès que la fièvre puerpérale se déclare, dans une salle spéciale, ou bien dans les services généraux des malalies aiguës, comme M. Gallard l'a proposé, ou enfin, comme l'a adopté récemment l'Administration, secourir les femmes accouchées à domicile ou les faire accoucher chez des sages-femmes. C'est grâce à ces mesures que leur mortalité s'est atténuée dans ces dernières années.

Par la fièvre traumatique et surtout l'infection purulente qui en est si souvent la suite, l'encombrement des blessés et des opérés est aussi redoutable que celui des femmes accouchées. L'air étant le véhicule des ferments moteurs de la fermentation putride, il suffit que celle-ci existe sur un malade pour se communiquer à d'autres, absolument comme dans la fièvre puerpérale. L'érysipèle contagieux ou chirurgical n'est pas moins à redouter, de même que la pourriture d'hôpital. C'est ainsi que les amputations pour traumatisme donnent une mortalité, à Paris comme à Glasgow, supérieure du tiers au double à celles pour maladies. L'alimentation a une certaine influence sur ce résultat, mais l'encombrement des opérés est bien plus fatal, comme les statistiques anglaises l'ont démontré par

la comparaison des résultats obtenus à Londres, en province et dans les campagnes, suivant la population de ces hôpitaux.

Pour diminuer ces dangers, des hôpitaux sous tentes ont été créés, des désinfectants de toute sorte, des pansements particuliers ont été employés; mais la dispersion des malades est encore ici, comme pour le choléra et la fièvre jaune, le meilleur moyen de salut. La solution serait donc d'opérer à domicile ou dans de petits locaux des bureaux de bienfaisance.

La conséquence de ces études statistiques et cliniques, c'est que le danger de la construction actuelle du nouvel Hôtel-Dieu de Paris, n'est pas tant dans le nombre de 800 lits qu'il doit recevoir, que dans la qualité des malades qui y seront admis. Que les enfants en soient rigoureusement exclus, que les femmes en couches et les opérés y soient très-limités et bien séparés dans des services isolés, et ce grand établissement avec ses 800 lits sera le plus salubre des hôpitaux de Paris. Car, toutes choses égales, on ne meurt pas plus dans les grands hôpitaux que dans les petits. On ne gagnerait donc rien à en démolir les étages supérieurs pour réduire le nombre des malades à 450, surtout en ne les choisissant pas. Après les dépenses folles qu'il a coûtées, ce serait une autre folie d'en faire de nouvelles en diminuant le nombre des lits pour l'assainir. Les 800 lits occupés par des malades atteints des affections énumérées qui ne peuvent se communiquer et par des services spéciaux des autres maladies n'offrant aucun danger d'encombrement présenteraient, au contraire, l'avantage de cliniques générales et spéciales, au centre de la cité, qui y feraient affluer les étrangers. Voilà le parti qu'on en pourrait tirer. (*Revue scientif.*, n°s 24 et 25, décembre 1873.)

Présence des organismes inférieurs. En faisant laver un mètre carré du mur d'une des salles de la clinique chirurgicale de la Pitié, qui n'avait pas été lavé depuis deux ans, M. Nepveu a constaté dans le liquide noirâtre exprimé d'une éponge neuve ayant servi à cet effet, et parfaitement lavée auparavant à l'eau distillée, de nombreux micrococcus et divers autres organismes. A côté des épithéliums en petit nombre, de la matière colorante du sang et bleue,

se trouvaient des globules de pus et des globules rouges; des masses noirâtres irrégulières, quelques corps ovoïdes et diverses lamelles cristallines paraissant se rapporter au chlorure de sodium. Ces résultats sont donc conformes aux précédents qui ont amené la découverte des globules de pus, et il en conclut que les murs d'une salle d'hôpital sont un foyer d'infection, augmenté encore par les literies et les rideaux. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Il faudrait au moins, par comparaison, répéter la même expérience dans une chambre à coucher ordinaire, une salle à manger, pour savoir s'il ne s'y trouve pas également quelques-uns de ces organismes inférieurs dont la nocuité n'est rien moins que démontrée.

HYDARTHROSE. *Rupture de la synoviale.* Cet accident, que l'on pourrait croire des plus dangereux, s'est montré sans gravité sur une fille de vingt ans, observée dans le service de M. Tillaux à l'hôpital Lariboisière. Elle était venue l'avant-veille à pied, à la consultation gratuite, avec une hydarthrose si volumineuse du genou gauche et une si grande tension de la synoviale, qu'une ponction capillaire immédiate fut proposée. La malade refusa, et s'en retourna à pied, lorsqu'en pressant le pas pour atteindre l'omnibus, elle ressentit un *craquement* très-fort dans le genou qui *dégonfla* aussitôt presque complétement, tandis que la partie inférieure de la *cuisse acquit un volume plus considérable.* Entrée le surlendemain avec une douleur persistante, le genou, si tuméfié auparavant, dépassait à peine le gauche; mais un gonflement notable existait au-dessus de la rotule et tout autour de la demi-circonférence antérieure du segment inférieur de la cuisse. Ce gonflement n'était pas fluctuant, était peu douloureux, et donnait la sensation au toucher d'une masse solide, indurée, profonde, embrassant le fémur. Une application de sangsues sur chaque côté de l'articulation fit disparaître la douleur. L'immobilité et les résolutifs suffirent pour amener une guérison complète en quinze jours.

Sans les commémoratifs, cette tuméfaction dure aurait pu donner le change et faire croire à une altération osseuse ou du périoste, tandis que c'était une simple infiltration du liquide par rupture du cul-de-sac tricipital. De là son inno-

cuité, l'absence d'inflammation, et la résorption rapide de la sérosité qui, à l'abri du contact de l'air, n'a subi aucune décomposition. (*Union méd.*, n° 153, 1873.)

Sachets de sable chaud. Ce traitement est formulé ainsi par le docteur Bergeret (de Saint-Léger) :

« Envelopper le genou d'une couche épaisse d'ouate ou de coton cardé. Appliquer continuellement sur celui-ci un sachet de deux ou trois litres de sable fin très-chaud.

» Le sachet ne doit pas être fermé sur le sable tassé ; il faut que celui-ci puisse se mouvoir, de façon à s'étaler sur le genou, en dépassant l'hydarthrose dans tous les sens.

» La chaleur du sable doit être très-vive et insupportable à la main. Cette chaleur se conserve très-longtemps si l'on a soin de recouvrir le sac d'une couverture de laine. Elle provoque rapidement une sueur locale abondante. *En quelques jours, l'hydropisie disparaît.*

» Le genou doit être légèrement fléchi et maintenu dans cette position à l'aide d'un coussin placé sous le jarret. »

Par ce moyen, l'auteur a séché un grand nombre d'articulations hydropisées ; mais il faut, pour le mettre en usage, attendre que la période aiguë soit passée, car on s'exposerait à ramener ou à augmenter la fièvre et la douleur. M. Bergeret formule ainsi la conduite à suivre : Pendant la période aiguë, de la chaleur humide ; après la période aiguë, de la chaleur sèche.

Depuis douze ans, soit en ville, soit dans les hôpitaux, l'auteur a toujours réussi par ce moyen, quelle qu'ait été la nature rhumatismale, traumatique, goutteuse ou autre de l'hydarthrose, à laquelle il a eu affaire. Cinq observations très-intéressantes en témoignent. Deux ont trait à des hydarthroses chroniques, trois à des hydarthroses aiguës. (*Journ. de thér.*, mai, n° 9.)

HYDATIDES. **Hydatides utérines.** Sur l'étrange opinion émise par le docteur Madden à la *Société obstétricale de Dublin*, qu'elles sont une production anormale qui peut avoir lieu en dehors de la fécondation chez des femmes d'une incontestable chasteté, le professeur Kennedy a contesté le fait, et avancé au contraire qu'étant une variété de la môle, leur développement succède toujours à la fécon-

dation. C'est une maladie de l'œuf et non de l'utérus, ajoute M. Mac Clintock. Au point de vue médico-légal, l'expulsion d'hydatides doit donc être considérée comme l'indice d'une grossesse, et par conséquent d'une fécondation. Aucun exemple certain ne peut donc être invoqué chez une femme vierge. Les observations du docteur Ashwell d'hydatides rendues par des prisonnières qui ne pouvaient avoir été fécondées en prison, doivent s'appliquer à des cas de rétention des hydatides au delà du terme de la grossesse, comme il en existe des exemples authentiques. (*Février.*)

Hydatides de la rate. *Excision du kyste.* L'extrême rareté de ce fait, observé par le professeur Rosenstein, le rend aussi intéressant pour le diagnostic que pour le traitement. Les hydatides de la rate n'ont guère été constatées que sur le cadavre, où elles se sont rarement rencontrées isolément. Legroux et Duplay en rapportent deux cas. Dans tous les autres, le foie en contenait presque toujours simultanément. Aussi ést-il classique d'attribuer tous les signes connus du développement et de l'existence des kystes hydatiques du foie à ceux de la rate, excepté ceux résultant de la compression des canaux biliaires. Suivant M. Davaine, ce fait montre que d'autres différences existent.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, mariée, qui, pendant sa septième grossesse, sentit une douleur du côté gauche suivie de gonflement un an après, lequel augmenta jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 2 janvier 1873. La tumeur, immobile, s'étendait alors jusque sous le bord des côtes en haut et au cartilage xiphoïde en avant. Fluctuation sensible ; matité étendue, douleur à la pression. La ponction donna issue à un liquide aqueux d'une gravité spécifique de 1007, *très-albumineux*. La tumeur disparut aussitôt avec tous ses signes pour reparaître bientôt et atteindre rapidement un volume double. Une nouvelle ponction donna un liquide purulent, sans que cette fois, non plus qu'à une troisième ponction, le liquide contînt la moindre trace de crochets.

La gravité des symptômes et l'incertitude du diagnostic provoquèrent une opération radicale, que les récentes néphrotomies pratiquées en France et en Amérique pouvaient justifier. Le 17 mars, une incision oblique de 12 centimètres fut pratiquée, et les muscles divisés sur une sonde cannelée.

L'adhérence du *fascia transversalis* et du péritoine avec la tumeur fit placer des ligatures aux deux extrémités de l'incision ; puis le kyste fut ouvert largement, et extrait au moyen de la pince et des doigts. Ses parois pouvaient se séparer en deux, et contenaient des acéphalocystes. La plaie fut pansée avec la charpie phéniquée, et se cicatrisa parfaitement en trois semaines. (*Berl. klin. Woch.* et *Lond. med. Record,* février.)

La présence de l'albumine n'est donc pas un signe négatif d'un kyste hydatique, comme Redi et Récamier l'ont établi pour le diagnostic de ces tumeurs. Il n'est pas rare, au contraire, d'en constater comme dans ce cas.

HYDROCÈLE. Pour prévenir la douleur lombaire consécutive à l'injection iodée, le docteur Lubin ajoute 10 grammes de chloroforme à 60 grammes de l'injection iodurée du *Codex*. Sur huit cas traités ainsi, la douleur ne s'est pas manifestée, et la guérison a eu lieu comme d'ordinaire (*Journ. de méd. et chirurg. pratiques*, mars). Cette heureuse issue n'a rien d'étonnant, puisque l'injection du chloroforme seul a été conseillée et pratiquée avec avantage.

Alcool. Après avoir extrait le liquide par la ponction, M. le docteur Surmay injecte 10 grammes d'alcool à 36 degrés, qu'il abandonne dans la cavité séreuse. Sur 20 malades traités ainsi, il y eut 18 guérisons immédiates ; dans 2 cas seulement, une seconde injection de 6 grammes d'alcool a été nécessaire. (*Bull. méd. de l'Aisne.*)

Sur 10 enfants, de quelques semaines à sept et huit ans, atteints d'hydrocèle congénitale, M. G. Sée en a traité 9 par l'injection d'alcool, selon la méthode Monod. Il n'y a eu diminution chez aucun des opérés. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Perchlorure de fer. Fondé sur la démonstration faite par M. Mialhe de la coagulation de l'albumine par de très-faibles solutions de perchlorure de fer, M. Houzé propose de soustraire de la poche, à l'aide d'un trocart capillaire, une quantité minime de sérosité et de la remplacer par cette solution, de même qu'on l'a fait avec l'alcool. Dans deux cas, où M. Cuignet a agi ainsi avec une solution de 5 gouttes de perchlorure dans 20 grammes d'eau distillée,

le premier opéré a été guéri en apparence au bout de dix jours, sans réaction inflammatoire, ni douleurs; mais le liquide s'est reproduit.

Le second opéré avait subi vainement la ponction avec injection iodée; la guérison fut complète avec le perchlorure de fer. C'est donc là un nouveau moyen simplement à l'étude. (*Bull. méd. du Nord*, nos 6 et 7.)

HYGIÈNE. *Réformes des institutions.* Frappé du peu d'activité et d'initiative des Conseils d'hygiène et de salubrité, des médecins des épidémies et des vaccinateurs, M. le docteur Armaingaud l'attribue avec raison à ce que les titulaires de ces fonctions sont laissés au choix et à la nomination de l'administration. La science lui est ainsi injustement subordonnée, et il propose en conséquence :

1° L'*élection* des médecins, membres des Conseils d'hygiène, par les médecins de l'arrondissement.

2° *Droit d'initiative*, droit de se réunir, de fixer leur ordre du jour, d'avertir l'autorité, de la tenir en éveil sur tous les points qui peuvent intéresser la santé publique.

3° *Obligation pour l'Administration* de consulter les Conseils sur toutes les questions qui intéressent la santé publique.

4° *Obligation pour l'Administration* d'exécuter les prescriptions des Conseils (qui cesseraient dès lors d'être des Conseils et deviendraient des Comités d'hygiène).

5° Enfin, la création d'un ministère de la santé publique serait le complément naturel de cette organisation tendant à accroître la prospérité physique des populations et à prolonger la durée de la vie. (*Rev. scientifique.*)

De nos institutions d'hygiène publique et de la nécessité de les réformer, par le docteur Armaingaud, professeur du cours municipal d'hygiène de Bordeaux; in-8° de 24 pages. Paris.

Il s'est trouvé en France une société de médecins assez résolus et indépendants pour appuyer ces demandes par voie de pétition à l'Assemblée nationale. Plus énergique et décidée que la Société de médecine de Bordeaux, la *Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle* réclame l'élection des membres des Conseils d'hygiène et de salubrité par leurs collègues pour assurer leur indépendance et leur initiative.

Leur autorité est si effacée avec le système actuel, qu'ils n'ont ni le pouvoir de se réunir, ni le droit de s'occuper des questions les plus urgentes, sans le bon plaisir et la permission de l'autorité qui les nomme ; de là leur amoindrissement actuel.

Mais M. Taillefert, rapporteur, ne croit pas que ce principe de l'élection soit applicable à ces Conseils, qui ne sont que les auxiliaires éclairés de l'administration, des comités consultatifs dont elle se sert au besoin. Ils ne sauraient donc avoir ni initiative, ni indépendance ; ils doivent répondre à ce qu'on leur demande, et voilà tout. Si pourtant cette indépendance et cette initiative consistent seulement dans le droit de se réunir à volonté, et d'adresser spontanément des avis à l'administration sur des questions d'hygiène, le rapporteur donne son adhésion à cette modification qui, sans changer le caractère consultatif des Conseils, tendrait à en accroître l'influence trop amoindrie. Leur avis obligatoire dans un grand nombre de cas, qui pourraient être réglementairement déterminés, lui paraît même utile. (*Assemblée nationale*, mai.)

Adoptées par l'Assemblée, ces conclusions ont été renvoyées au ministère de l'agriculture et du commerce à l'appui de cette pétition. Ce serait un grand progrès si l'on en tenait compte, et l'on y serait forcé si toutes les corporations médicales imitaient l'exemple de la Société de la Rochelle. La faculté de réunion emporte celle d'examen et de discussion de certaines questions au moins, et, avec la publicité qui ne manquerait pas de s'ensuivre, l'administration serait bien obligée moralement, surtout vis-à-vis des conseils généraux, de donner une solution à une foule d'affaires d'intérêt public qu'elle tient en souffrance. L'exécution de cette mesure serait donc une première garantie donnée aux départements et aux arrondissements pour que l'administration locale fasse son devoir en matière d'hygiène et de salubrité publiques.

Autrement, il ne resterait qu'une ressource aux membres des Conseils d'hygiène pour se faire écouter : celle d'exiger la rétribution convenable de leurs avis ou de donner leur démission. On leur signifie de trop haut leur dépendance absolue, pour qu'ils ne fassent pas payer leurs services quand on les réclame. Toute peine mérite salaire.

M. le docteur Levieux, vice-président du Conseil d'hygiène de la Gironde, ne s'est pas montré aussi libéral dans sa réponse à M. Armaingaud. Tout en appuyant la création d'un ministère de la santé publique, il ne voit pas d'autres améliorations à opérer dans les institutions d'hygiène, que des préfets et des sous-préfets moins politiques et meilleurs administrateurs des intérêts locaux, qu'ils ont le devoir de protéger. Moyennant des connaissances mieux étudiées de leurs fonctions, tout serait pour le mieux, et les membres des Conseils d'hygiène n'auraient plus qu'à obéir. Ce qui revient à dire que, si les hommes placés à la tête de l'administration étaient parfaits, tout irait pour le mieux; mais comme cela n'est pas, pourquoi refuser des moyens pour que le progrès s'accomplisse par le concours de tous? La compétence et la liberté en toutes choses ne sont-elles pas de plus sûrs moyens de l'accomplir que de compter sur la perfection de quelques-uns? Si l'élection directe, par leurs pairs, des membres des Conseils d'hygiène, paraît trop indépendante, pourquoi ne pas concéder au moins leur présentation par ces Sociétés académiques locales? comme le demandait Royer-Collard. On aurait au moins là des garanties de capacité et d'indépendance qui ne se trouvent pas dans le mode actuel.

Que faut-il penser de nos institutions d'hygiène publique et de salubrité? par le docteur Levieux, vice-président du Conseil d'hygiène de la Gironde ; in-8° de 30 pages. Bordeaux.

HYPOSPADIAS. *Urèthre artificiel.* Chez un garçon de seize ans, l'urèthre s'ouvrait à l'angle péno-scrotal ; toute la portion pénienne libre en était dépourvue et des bandes fibreuses en retenaient le gland accolé aux corps caverneux. Toute fonction naturelle de cet organe était ainsi impossible. M. le docteur Th. Anger redressa d'abord la verge par la division de ces brides, puis rétablit l'urèthre de la manière suivante : Une bande cutanée, on ne dit pas la largeur, fut disséquée de dehors en dedans, tout le long de la face inférieure de la verge, à gauche de la ligne médiane, et renversée sur la sonde placée dans la vessie. Le bord libre en fut fixé à la peau par des sutures; la surface épidermique se continuant ainsi avec la muqueuse de l'urèthre. Pour maintenir ce nouveau canal, une autre bande cu-

tanée fut disséquée de dedans en dehors, à partir des sutures du côté droit, et ce second lambeau, plus large que le premier, fut amené et fixé dessus par des points de suture avec le bord de la section cutanée du côté gauche. Les deux surfaces saignantes étaient ainsi en contact immédiat avec la surface épidermique en dedans et en dehors sans plaie aucune ni rétraction possible.

Une fistule urinaire, au niveau du pertuis anormal, ayant amené des complications locales, la partie antérieure de cet urèthre artificiel fut seule constituée, mais il suffit, six mois après, de recommencer la même opération pour obtenir un succès complet.

Ce procédé ingénieux d'uréthroplastie serait donc applicable aux autres fissures trachéales, stercorales et vésico-vaginales, pour rétablir un conduit artificiel. (*Soc. de chir.*, janvier.)

M. Duplay emploie un procédé beaucoup plus compliqué pour l'hypospadias périnéo-scrotal. Six à huit mois après avoir redressé la verge, il préfère constituer le nouvel urèthre sans le faire communiquer tout d'abord avec l'ancien, pour empêcher l'action de l'urine. Deux lambeaux rectangulaires étant disséqués sur les côtés du raphé, il en suture les bords libres en les retournant sur une sonde de gomme élastique. On dissèque ensuite d'autres lambeaux pour recouvrir ceux-ci avec une incision libératrice sur le dos de la verge pour rendre le rapprochement possible. Il faut ensuite faire l'abouchement qui a échoué deux fois sur un enfant indocile de quatre ans (*Idem*). On voit que, par sa simplicité et son ensemble, le procédé de M. Anger est beaucoup plus simple et expéditif.

I

ICHTHYOSE DE LA LANGUE. On appelle ainsi en Angleterre une hypertrophie des éléments papillaires et épithéliaux de la membrane muqueuse de la bouche et surtout du dos de la langue. M. Clarke en a réuni dix-sept cas qu'il a soumis à la *Royal med. and chir. Society*, dont un seul chez la femme. C'est une affection de la jeunesse et de

l'âge mûr. Elle est parfois exempte d'une origine syphilitique. Le docteur Fayrer l'a ainsi observée sur des naturels dans l'Inde, sans trace de syphilis, et coïncidant avec une ichthyose cutanée. M. Sparks a trouvé aussi une grande ressemblance microscopique entre l'une et l'autre, c'est-à-dire prolifération épithéliale, épaississement du réseau de Malpighi, avec hypertrophie des papilles et de leurs vaisseaux et formation de petites cellules.

Néanmoins, la plupart des membres présents ont été d'avis que c'était là des cas de psoriasis justiciables de l'iodure et du bromure de potassium. S'il y a des cas douteux, il est permis d'hésiter sur la véritable nature ichthyosique et l'auteur lui-même est disposé à employer de préférence le terme de *tylose* de la langue, comme ne préjugeant rien. C'est donc encore une maladie à étudier. (*Lancet*, mars.)

Pour M. Tilbury Fox, il ne saurait y avoir d'ichthyose de la langue, car celle de la peau n'est pas seulement une hypertrophie de l'épithélium et des papilles, mais un défaut congénital de nutrition intéressant surtout la transpiration et la sécrétion sébacées. C'est ainsi que la peau ne transpire pas ou ne transpire que très-peu. C'est donc une affection des glandes sudoripares, la langue n'en saurait être atteinte. (*British med. Journ.*, mars.)

Le docteur Morin relate trois cas de cette affection observée sur trois hommes âgés de quarante-neuf, cinquante-deux et cinquante-six ans. Elle remontait à dix ans dans les trois cas. L'amputation partielle de la langue, dans deux de ces cas, fut suivie de récidive dans l'un d'eux ; la seconde ne datait que de six mois (*Idem*, février). La nature diathésique de l'affection semble donc démontrée par ces résultats.

ICTÈRE GRAVE. *Action de la bile.* — Voy. *ce mot.*

INFECTION PURULENTE. Une longue et solennelle discussion s'est élevée entre les plus célèbres chirurgiens anglais à la *Société clinique de Londres*, sur la question de savoir si elle est un effet exclusif de l'*hospitalism*. Soutenant l'affirmative, M. Erichsen la considère comme l'une des principales causes de l'excessive mortalité des cas de chirurgie dans les hôpitaux de Londres. Elle s'est ainsi montrée dans la proportion de 36 pour 100 des amputa-

ions fatales. Il n'a jamais rien vu de semblable en ville, c'est là une condition spéciale du séjour des hôpitaux.

Sa fréquence dans la pratique privée est aussi grande que dans les hôpitaux, en Angleterre, suivant les témoignages autorisés de sir J. Pajet et d'autres chirurgiens. Elle se montre aussi bien dans les châteaux de la campagne que dans les hôtels au centre des villes, loin de toute contamination et des influences atmosphériques. Les riches propriétaires des campagnes en sont aussi bien atteints que les paysans et leurs troupeaux. M. Prescot-Hewett en a relaté, à l'appui de ses assertions, 23 cas observés par lui, et dont voici le résumé :

Dans 6 cas seulement, une opération avait été pratiquée, mais des plus légères dans 4 cas : un séton, deux excisions de verrues et l'ouverture d'une petite tumeur sébacée du cuir chevelu; c'était une amputation du sein dans les deux autres; et toutes ces opérations pratiquées à des époques et dans des localités différentes, éloignées, à la ville et à la campagne.

Aucune opération n'avait eu lieu dans les 17 autres cas, mais il existait une surface dénudée dans 11 : ulcération d'un petit kyste séreux du sein, écoulement de deux abcès, ulcération de deux amygdales, des plaques de Peyer dans 3 cas de fièvre typhoïde, une aiguille et une écharde entrées dans les membres; dans le onzième, c'était une luxation avec plaie de l'épaule.

Dans les 6 derniers cas, l'infection purulente fut consécutive à une légère blessure du pied suivie de suppuration, à l'inflammation du sinus latéral et de la jugulaire interne avec écoulement de l'oreille après la rougeole, un abcès puerpéral, et la gonorrhée dans 3 cas.

De ces 23 cas, 16 survinrent en ville, et, à une seule exception, dans les meilleures conditions hygiéniques et sanitaires. De même des 7 cas survenus à la campagne.

D'où l'auteur conclut que le traumatisme et l'air confiné d'un hôpital, l'encombrement des blessés ou des opérés, ne sont pas, comme on l'a dit, les seules causes de la pyémie, puisqu'elle s'observe dans des conditions tout à fait opposées. Son étiologie est donc encore un problème dont il recommande la solution à la Société clinique. (*Lancet*, janvier.)

Le retentissement de cette discussion a eu pour résultat principal d'amener les histologistes à la tribune et de montrer que l'on confondait sous le titre de pyémie des états bien différents du sang. Ce n'est pas l'état purulent du sang, comme M. Piorry voulait le désigner en créant ce mot. Le pus louable, injecté dans le sang, ne produit même pas d'accidents. L'injection de matières putrides ou ichoreuses est nécessaire pour déterminer les symptômes désignés sous ce titre de pyohémie. Il doit donc être rayé et remplacé par celui de septicémie ou ichorœmie sans que l'on connaisse mieux le secret de leurs manifestations variées. Ce n'est pas dans des germes imaginaires, flottant dans l'air, qu'il faut le chercher, selon M. Bastian, mais bien plutôt dans les dernières molécules de la matière organique, animale ou végétale, appartenant à l'économie, ou qui y sont introduites de l'extérieur. Le professeur H. Bennett partage cette opinion en se fondant sur ce que des molécules, visibles au microscope, sont distinguées dans l'ichorœmie de l'examen histologique des granulations et des produits éliminés. (*British med. Journ.*, mars.)

Des expériences de MM. Demarquay et Pitres il résulte, au contraire, qu'elle est une affection spéciale et toute différente de la septicémie, dont M. Verneuil faisait le premier degré suivant les auteurs allemands (voy. *année* 1871). Le sang de deux pyohémiques injecté à des lapins n'a produit aucun accident. — Voy. SEPTICÉMIE.

Endo-aortite aiguë. Dans un cas d'abcès du cou, suivi d'une fièvre intense avec 40 degrés de température axillaire, après l'évacuation du pus, M. Brouardel constata, à l'autopsie, des abcès métastatiques du poumon, quoiqu'il n'y eût jamais eu de frisson pendant la vie. Il constata en outre, un peu au-dessus des valvules sigmoïdes de la face interne de l'aorte, huit à dix bosselures arrondies, formant des saillies d'un millimètre environ. L'examen histologique y démontra une quantité considérable d'éléments fusiformes, signe de l'inflammation. Cette endartérite a été rencontrée également dans la variole dite hémorrhagique. (*Soc. de biol.*, février.)

Température. Son examen, après les opérations, peut ser-

vir à diagnostiquer l'infection purulente, selon M. Smeets, et à la distinguer de l'érysipèle et du phlegmon avant leur apparition. Lorsque, après la fièvre traumatique, la température s'élève brusquement le soir, on est presque certain de voir apparaître l'érysipèle ou le phlegmon le lendemain matin. Si, au contraire, la température s'élève petit à petit et graduellement, l'infection purulente est à craindre, et il y a lieu d'administrer les moyens préconisés contre elle. (*Le Scalpel.*)

INFLAMMATION. S'il est étonnant de voir avec quelle facilité, quelle prolixité les médecins allemands enfantent des théories, des doctrines physico-chimiques et mécaniques, il n'est pas moins curieux de voir avec quelle facilité ils se déjugent et se contredisent d'une année à l'autre, si ce n'est du jour au lendemain. Ce n'est certes pas là une preuve de la rigueur de leurs expériences ni de leur observation. C'est ainsi que M. Cohnheim, le nouveau professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique à l'Université de Breslau, contredit et dément, d'une manière flagrante, dans ses *nouvelles recherches sur l'inflammation*, les assertions que lui-même avait émises comme élève de Virchow. Leur tableau synoptique les rendra plus frappantes.

RÉSULTATS DE SES PREMIERS TRAVAUX.	RÉSULTATS DU DERNIER TRAVAIL.
La dilatation des artères, qui suit immédiatement l'action du traumatisme, est accompagnée d'un ralentissement de la circulation.	La dilatation artérielle précitée est accompagnée d'une accélération de la circulation.
Elle peut être considérée comme un phénomène réflexe.	Elle ne saurait être envisagée comme un phénomène réflexe. (L'auteur se base sur des mutilations qui ne sont praticables que sur des animaux inférieurs.)
Les différentes modifications observées dans le système circulatoire forment une série continue : dilatation des artères, ralentissement concomitant dn sang dans ces vaisseaux, stagnation dans les veines et les capillaires, accumulation des globules blancs vers la paroi, exsudation plastique et migration des globules blancs à travers la paroi des veines, des globules rouges à travers la paroi des capillaires.	Toutes les modifications sus-mentionnées (le ralentissement du sang artério est à remplacer par une accélération) peuvent se diviser en deux séries : l'une qui constitue l'hypérémie proprement dite et qui comprend les quatre premières, l'autre qui correspond à l'inflammation proprement dite, et qui comprend l'exsudation et la migration cellulaire. Ces deux séries sont, jusqu'à un certain point indépendantes l'une de l'autre.

Les mouvements amœboïdes peuvent être considérés comme une des causes principales de la migration des globules blancs.

Les mouvements amœboïdes sont insuffisants à expliquer cette migration.

Les saillies de forme variable déterminées sur la paroi des veines qui résultent de ces mouvements, de même que les élevures produites par les globules rouges, ont été décrites avec beaucoup de soin.

Ces déformations des globules blancs et ces saillies de la paroi vasculaire ont été passées sous silence, bien qu'elles constituent l'intermédiaire le plus important de la théorie de la migration. (En présence d'une révision générale des éléments de la question, l'auteur ne saurait invoquer le résultat acquis.)

Dans l'inflammation, le passage des globules rouges (qui ne jouissent pas des mouvements amœboïdes) a été expliqué par une augmentation de pression dans le système capillaire.

Cette augmentation de pression a été reconnue, par l'auteur, impossible, et l'explication qui en découle erronée.

A la place des causes précédemment invoquées a été instituée d'une manière prépondérante, presque exclusive, l'hypothèse d'une altération des tuniques vasculaires, « sans modification de structure ».

Les globules purulents (leucocytes émigrés) n'ont jamais présenté de trace de division nucléaire ou de multiplication.

Le fait de la division des leucocytes a été reconnu incontestable d'après les expériences de Stricker; l'auteur toutefois n'a pu le vérifier.

Les corpuscules fixes de la cornée ne se transforment pas en globules purulents (toutefois les modifications que subissent ces corpuscules dans le voisinage du point cautérisé rendent à nos yeux le doute légitime); il n'y aurait ni division, ni multiplication de ces cellules, et tout le pus serait constitué par les globules blancs.

L'auteur n'est pas revenu sur cette question.

Il ne reste donc de cette théorie, acceptée avec tant d'enthousiasme, que le fait, contesté par les auteurs français surtout, du passage des globules blancs à travers les parois des veines, et des globules rouges à travers celles des capillaires. Le professeur de Breslau a remis en question ce que l'élève de Virchow avait édifié; peut-être qu'après un nouveau transfert et quelque mémoire analogue au dernier, le fait fondamental lui-même sera ébranlé. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

La présence des leucocytes dans le sang s'explique plus directement pour M. Schiff, car ils proviennent, au moins en très-grande partie, de la desquamation de l'épithélium

de vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques résultant de l'inflammation endothéliale de ces vaisseaux qui précède toute manifestation inflammatoire extérieure. Il regarde cette augmentation des globules blancs dans le sang comme une espèce de catarrhe de la membrane interne des vaisseaux produit par une irritation locale. (*La pathologie cellulaire et l'inflammation.*)

Beaucoup moins absolu que tous ceux qui font dériver le globule purulent de tel ou tel tissu, M. le docteur Trouessart croit qu'ils proviennent à la fois des sources diverses qu'on lui a assignées. Qu'il provienne directement de la cellule endothéliale ou de toute autre, comme le veut Virchow, ou bien des leucocytes de la rate et des lymphatiques, comme le prétend Cohnheim, et que ces leucocytes pénètrent ensuite par diapédèse dans les vaisseaux, il s'agit toujours primitivement d'une cellule. Cette théorie pourrait même s'étendre au blastème un peu modifié de M. Robin et à la fermentation pathologique de M. Béchamp, car le microzyma n'est en réalité qu'un constituant de la cellule. On voit que l'auteur a un grand amour de la conciliation, mais on peut douter que ceux dont il cherche à interpréter les idées le comprennent de même. (*Revue méd.*, n° 16, avril.)

Recherches sur l'emploi rationnel des émissions sanguines et de la méthode antiphlogistique dans les maladies inflammatoires, par le docteur E. L. Trouessart. Brochure in-8° de 80 pages. Paris.

La Société de médecine pratique du VIe arrondissement de Paris avait mis au concours en 1873 la question suivante : L'abandon des émissions sanguines, dans les maladies inflammatoires, est-il justifié par les recherches d'anatomie pathologique récentes ou par les changements survenus dans les constitutions après l'emploi des médicaments nouveaux. Sans y répondre directement, ce travail a obtenu le prix; sa valeur est ainsi justifiée. L'auteur s'en tenant aux expériences microscopiques nouvelles sur l'inflammation, faites au point de vue histologique, physiologico-pathologique et thérapeutique, montre combien la saignée générale surtout est irrationnelle comme antiphlogistique. Et donnant à cette démonstration expérimentale plus de valeur qu'à la clinique,

il délaisse complétement les enseignements de celle-ci et ne répond au changement de constitution que par une fin de non-recevoir. L'abandon des saignées dans les phlegmasies se justifie ainsi par leur défaut d'action antiphlogistique et leur remplacement par les nouveaux alcaloïdes.

Ce mémoire offre le résumé complet, la substance de tous les travaux et les expériences de la nouvelle école histologique sur l'inflammation et les émissions sanguines. C'est là son mérite. Mais en raison même des contradictions, des exceptions et de la multiplicité des résultats, l'auteur n'a pu se les assimiler assez complétement de manière à en présenter un exposé succinct et magistral. Ce ne sont que des détails minutieux, des interprétations, souvent même des théories, qui ne laissent rien de fixe ni de bien démontré dans l'esprit. C'est la glorification de l'école positiviste sans la critique que le clinicien peut y faire.

Inflammation des vésicules séminales. Peu connue et généralement mal diagnostiquée malgré les enseignements cliniques de Civiale sur les symptômes de cette maladie; aussi M. le professeur Verneuil a-t-il justement insisté sur le diagnostic, à propos du fait suivant.

Un homme de trente-quatre ans ayant présenté de la cystite avec pissement de sang à plusieurs reprises, depuis six ans qu'il avait une chaudepisse violente, offrait des difficultés d'uriner faisant supposer un rétrécissement. Le canal était cependant libre jusqu'à 13 centimètres, c'est-à-dire jusqu'à la région musculo-membraneuse. C'était donc une simple contracture, un rétrécissement spasmodique. Restait à savoir par quoi il était provoqué.

Rien dans la vessie ni du côté des reins. Pas de tuméfaction ni de sensibilité de la prostate. Mais le doigt poussé plus haut provoquait une douleur assez vive au niveau des vésicules séminales, surtout à gauche. L'exploration hypogastrique la déterminait de même vers le bas-fond de la vessie. Contracture des muscles du périnée et notamment du sphincter anal.

Outre la difficulté d'uriner, il y avait des douleurs constantes dans le bas-ventre avec perte de sperme en allant à la selle. Spermatozoïdes en grand nombre dans l'urine. Dépression morale très-prononcée, déjà notée par Civiale.

Cet ensemble de phénomènes, constaté dans un cas précédent, est considéré par M. Verneuil comme caractéristique de l'inflammation des vésicules séminales, et le succès du traitement local confirme cette opinion. C'est ainsi que, chez un malade de trente ans, éprouvant des douleurs incessantes qui le poussaient à uriner toutes les dix minutes nuit et jour, l'usage de bougies contre le rétrécissement spasmodique n'amena aucune amélioration ; tandis qu'à l'exploration du rectum, le malade ayant poussé un cri au contact des vésicules séminales, volumineuses et dures, et rendant comme des *caillots de blanc d'œuf dans ses urines*, un traitement antiphlogistique eut un complet succès.

Il consiste en quarts de lavement laudanisés, de bains de siége très-prolongés et des balsamiques à l'intérieur, notamment la térébenthine, 2 grammes par jour. En combattant l'inflammation et la douleur locales, les symptômes de contracture diminuent et disparaissent, notamment le rétrécissement spasmodique de l'urèthre dont il n'y a pas autrement à s'occuper. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, janvier.)

INJECTIONS. Injections de chloral dans les veines. Cette innovation audacieuse a été l'un des traits caractéristiques de cette année. Tandis que des chirurgiens italiens l'expérimentaient avec succès contre la cure des varices par la coagulation du sang (voy. Varices), M. Oré (de Bordeaux), enhardi par quelques expériences sur les animaux, la pratiqua sur l'homme dans un cas de tétanos. Le malade guérit heureusement, mais aucun des essais successifs ne réussit. — Voy. Tétanos.

M. Oré ne craignit pas cependant de les employer, comme moyen anesthésique, dans les cas où il s'agit d'opérations longues et douloureuses à cause de l'anesthésie prolongée qui en résulte. Deux cas ont été produits par lui à l'appui et un troisième en Belgique, mais, à l'examen critique de ces faits, la *Société de chirurgie* d'abord et l'*Académie de médecine* ensuite, ont blâmé et réprouvé hautement une méthode si périlleuse et dont l'emploi ne peut se justifier que dans des cas désespérés, comme le tétanos aigu, foudroyant. — Voy. Anesthésie.

M. Colin a confirmé par des expériences sur les animaux qu'en injectant lentement la solution de chloral, l'animal

en supporte une quantité relativement très-grande, tandis que la mort survient rapidement, parfois même pendant l'opération, si on l'injecte trop vite. L'observation de M. Oré et sa pratique se trouvent ainsi justifiées. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Injections ammoniacales dans les veines. Enhardi par sa pratique des injections de chloral, M. Oré les a répétées avec une solution d'ammoniaque contre la morsure de la vipère, à l'exemple du docteur Halford dans l'Australie.

Le 25 mars dernier, un garçon de dix-sept ans entra dans son service de chirurgie, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. S'étant endormi, la veille, sur le bord d'un fossé, il avait été réveillé par la sensation d'un corps glissant le long de sa jambe : c'était un serpent à tête aplatie et large, offrant une teinte grise, tachetée de noir, qu'il reconnut pour être une vipère. Il avait voulu le saisir au-dessous de la tête; mais l'animal avait glissé entre ses doigts et l'avait mordu au pouce de la main droite. Immédiatement, il avait ressenti, au niveau de la plaie, une douleur aiguë, aussitôt suivie d'un gonflement considérable, local d'abord, mais qui avait envahi la main, le poignet, l'avant-bras, le bras, l'épaule, le tronc. Le soir, une syncope survint avec grande agitation, fièvre et absence complète de sommeil la nuit.

Une seule injection de dix gouttes d'ammoniaque a suffi pour ramener presque immédiatement le calme, le sommeil, la cessation de la fièvre, arrêter le gonflement douloureux du membre et du tronc, résultat obtenu *par l'injection intra-veineuse*, sans que l'ammoniaque ait amené aucun trouble du côté du vaisseau.

Le mordu a guéri, mais il est reconnu que, dans la généralité des cas, la morsure des vipères, en France, n'est pas mortelle. C'est le contraire dans l'Inde notamment, où le docteur Fayrer a reconnu que les injections intra-veineuses ammoniacales sont tout à fait impuissantes contre le venin du *cobra* et d'autres serpents moins toxiques. Des quatre observations publiées comme des guérisons, dans trois la ligature avait été employée préalablement, la cautérisation, l'ammoniaque à l'intérieur, ainsi que les boissons alcooliques. Il n'est donc pas possible d'affirmer que les injections intra-veineuses aient été ici l'agent curatif, pas plus que

dans le cas de M. Oré. Les injections de solution de potasse se sont montrées aussi impuissantes, ainsi que les injections hypodermiques de solutions ammoniacales. Celles d'acide carbolique dilué n'ont pas donné de meilleurs résultats.

Il n'y a donc pas lieu de s'arrêter aux injections intraveineuses d'ammoniaque ni même d'y recourir; car s'il est vrai qu'elles soient sans nocuité chez l'homme, comme le prétend Fayrer, on s'expose toujours moins à administrer l'ammoniaque par la voie gastrique ou en injections sous-cutanées, comme adjuvant de la ligature, des succions, des lotions, et surtout de la cautérisation. (*Acad. de méd.*, juin.)

Injections morphinées. M. H. Chouppe s'est assuré sur lui-même que, faite *loco dolenti*, l'injection fait sentir son effet deux minutes à deux minutes et demie plus vite que si elle est faite loin du point de la douleur. De plus, la douleur cesse avant d'éprouver les effets généraux de la morphine, dans le premier cas; tandis que c'est le contraire dans le second. Un bien-être notable est ressenti alors que la douleur locale est encore sourde.

Une solution de morphine au 30e, injectée sous la peau, ne produit pas de douleur en pénétrant. A mesure qu'elle est plus diluée, la douleur augmente. Elle est encore nulle au 50e, peu intense au 100e, mais très-vive au 150e, et à bien plus forte raison avec l'eau distillée pure, la quantité de liquide restant la même.

La conclusion de ces expériences se comprend de reste. (*Gaz. hebd.*, n° 27.) — Voy. Dyspnée.

Pratiquées par M. Lancereaux, à la dose de 7 milligrammes, chez un jeune garçon en proie à des convulsions vermineuses, comme l'expulsion consécutive de lombrics le prouva, elles augmentèrent considérablement ces convulsions qui cessèrent tout à coup au contraire par une seconde injection de 6 milligrammes. (*Soc. méd. des hôp.*)

Injections purgatives. Une solution de 10 centigrammes de sulfate de magnésie a donné à M. Luton des effets purgatifs sur lui-même et quelques malades (*Soc. méd. de Reims*). M. Carville a obtenu les mêmes effets sur des chiens en suivant cette prescription, tandis que M. Vulpian

n'avait rien obtenu avec 10 grammes de sulfate de magnésie en dissolution dans 20 grammes d'eau, injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie postéro-latérale gauche du tronc, chez un chien bien portant. La dose est donc importante à observer. M. Gubler ayant injecté une solution de sulfate de magnésie à 2 pour 100, à quelques malades, n'a obtenu aucun effet purgatif même à la dose de 25 centigrammes. Il y eut au contraire des nodus inflammatoires au lieu des piqûres, et même un phlegmon. Au lieu d'être sûrement efficaces, ces injections peuvent donc amener des accidents par la décomposition du sel magnésien sous la peau. (*Soc. de thérap.*, juin.)

Injections hypodermiques de solution saturée de sel marin. Chez une dame à laquelle il pratiquait ces injections par ordre de Nélaton, le docteur Lubanski remarqua qu'elles excitaient l'appétit et les digestions. La malade les réclamait elle-même en disant que si elle n'en retirait point de profit pour la mobilité de son articulation sacro-iliaque droite, elle se sentait beaucoup mieux après ces injections.

En les répétant un grand nombre de fois contre les troubles digestifs, alors que les amers et les calmants étaient restés inutiles, M. Lubanski en a obtenu de bons effets, lorsque des lésions organiques n'existaient pas. Elles exercent même une action très-favorable sur la diarrhée de certains phthisiques, et, comme aucun accident local ni général n'en résulte, on peut y recourir dans ces divers cas. (*Union méd.*, n° 106.)

Injections dans la trachée. — Voy. Fièvre pernicieuse.

INTOXICATION. — Voy. Cuivre, Plomb.

INVAGINATION INTESTINALE. *Gastrotomie.* Ayant exprimé un avis peu favorable sur cette opération chez les jeunes enfants dans ses *Principles and practice of Surgery*, M. le docteur Ashhurst, chirurgien de l'hôpital épiscopal et des Enfants de Philadelphie, a été amené à étudier de nouveau ce sujet important par la publication récente du succès obtenu par M. J. Hutchinson. Il s'agissait d'une fille de

deux ans dont les symptômes d'invagination remontaient à un mois. La valvule iléo-cæcale invaginée sortait de plusieurs pouces par l'anus. L'abdomen fut ouvert au-dessous de l'ombilic et la désinvagination facilement opérée. La guérison s'ensuivit. (*Med. Times and Gaz.*, 29 novembre 1873.)

Des treize cas analogues collectés par M. Ashhurst, dont cinq chez de très-jeunes enfants, c'est précisément l'unique succès chez ces derniers enfants dans le cas d'invagination. Le résultat n'est donc pas encourageant, et s'il est vrai que la mortalité sans opération s'élève jusqu'à 86 pour 100, suivant Leichtenstern, on voit que la gastrotomie ne la diminuerait pas beaucoup. Elle est surtout contre-indiquée dans les cas aigus, avec étranglement, péritonite et hémorrhagie intestinale, d'où il conclut que l'expérience n'est pas en faveur de l'intervention chirurgicale chez les enfants de moins d'un an. Elle est surtout contre-indiquée quand les symptômes d'étranglement permettent d'espérer la mortification des parties invaginées et une guérison spontanée. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet.)

Un nouveau cas de gastrotomie est relaté par le docteur J. Duncan (d'Édimbourg) sur un enfant de cinq mois, et qui s'est terminé fatalement le second jour. Démonstration nouvelle de son insuccès chez les très-jeunes enfants. Des huit autres cas chez des adultes, la mortalité a été de 50 pour 100, soit quatre succès et quatre morts. (*Edinb. med. Journ.*, juin.)

D'une statistique de 593 cas, rassemblés par le docteur Leichtenstern, l'invagination est plus fréquente dans le sexe masculin dans le rapport de 1,8 : 1. Son maximun de fréquence est du quatrième au sixième mois ; elle diminue à partir de la cinquième année et reste stationnaire de six à quarante ans. L'invagination iléo-cæcale est la plus fréquente dans la proportion de 44 pour 100; puis vient celle de l'iléum, 30 pour 100; celle du côlon, 18 pour 100, et enfin l'invagination iléo-colique, 8 pour 100.

La première se produit surtout dans l'enfance, tandis que l'intestin grêle s'invagine le plus souvent chez l'adulte. L'étendue de celle-ci est limitée en général, tandis que les invaginations iléo-cæcales sont remarquables par leur rapidité d'accroissement et l'étendue qu'elles acquièrent.

Les invaginations ascendantes sont ordinairement le ré-

sultat de l'agonie, le contraire est une exception très-rare. (*Vierteljahrs. für d. prakt. Heilk.*, 1873.)

IODE. *Absorption par le tégument cutané.* On a beaucoup expérimenté et discuté sur l'absorption de l'iode par la peau, soit par des bains iodurés ou des solutions iodées appliquées topiquement sur la peau. Dans ces divers cas, l'iode a été généralement constaté dans l'urine. L'absorption de l'iode métallique a même été démontrée indirectement par son action topique contre les adénites cervicales ou autres.

Les avantages attribués au coton iodé pour mieux diffuser l'iode sur la peau, et la discussion qui s'en est suivie à l'Académie de médecine le 30 juin, ont incité M. Dechambre à en tenter l'expérience sur lui-même. Placé près d'une fenêtre ouverte, il s'est fait appliquer, sur la partie interne du bras gauche, une couche de coton iodé avec la moitié environ d'un flacon. On l'a recouverte immédiatement d'un morceau de taffetas gommé débordant de toutes parts, et bien assujetti avec une bande roulée.[1] Un sentiment de brûlure locale succéda à celui de chaleur. Cinq heures après, le pansement fut enlevé, et l'urine rendue peu après, ainsi que les émissions consécutives, contenait de l'iode en abondance.

Or il est remarquable que la moindre inspiration de l'iode avait été évitée à dessein, et que l'absorption n'avait pu se faire par la surface pulmonaire. D'ailleurs une contre-épreuve, faite absolument dans les mêmes conditions, en plaçant le coton iodé sur deux doubles de taffetas gommé enroulant immédiatement le bras, donna un résultat négatif. L'urine ne contenait pas plus d'iode avant qu'après l'expérience. L'une et l'autre sont donc assez concluantes pour démontrer l'absorption directe de l'iode métallique par la peau. (*Gaz. hebd.*, n° 27.)

Un autre moyen de la faire absorber par le tégument est la teinture que l'on peut concentrer à volonté par l'addition croissante de l'iodure de potassium, M. Bouvier en a fait ainsi trois teintures différentes : la première est la solution du *Codex*; la seconde se fait avec 5 grammes d'iode pour 1 gramme d'iodure; et la troisième avec 14 grammes d'iode et 3 grammes d'iodure, dans une proportion égale

de 120 grammes de teinture. On peut aller ainsi jusqu'à la *vésication*. (*Acad. de méd.*, juillet.)

IODURE DE POTASSIUM. Un moyen très-simple d'augmenter les effets de l'iodure de potassium, et par conséquent d'en diminuer les doses dans des proportions considérables, c'est de le mélanger au carbonate d'ammoniaque, comme sir J. Paget a été le premier à le démontrer. 15 centigrammes de ce sel, mélangés avec 25 d'iodure de potassium, agissent comme 40 centigrammes de ce dernier, suivant le docteur Sweeny. Très-peu de temps après l'administration de ce mélange à un syphilitique portant au bras gauche une plaie de mauvaise nature, donnant un pus abondant et fétide, la mauvaise odeur disparut complétement, et la guérison suivit bientôt.

Dans les anévrysmes internes, il a rapidement soulagé les malades, et amené le durcissement de la tumeur.

De même, dans le rhumatisme chronique, en augmentant la dose de l'iodure avec une grande précaution, en raison de l'influence multiplicatrice du carbonate d'ammoniaque. (*British med. Journ.*, janvier.)

J

JABORANDI. Nouveau diaphorétique, le premier vraiment digne de ce nom, importé du Brésil en France par M. le docteur Coutinho. C'est un arbuste qui croît dans le nord du Brésil, et dont les feuilles ressemblent à celles du laurier d'Apollon. Elles exhalent une odeur légèrement aromatique par le frottement. Leur goût est un peu âcre sans amertume.

Les feuilles et les petits rameaux sont seuls employés. Pennées avec impaire, elles mesurent jusqu'à 3 décimètres de long avec huit à dix folioles de 10 à 12 centimètres de long sur 3 à 4 de large. Ces folioles sont à peu près opposées, ovales, allongées ou ellipsoïdes, obtuses et même échancrées au sommet, légèrement inégales à la base, et parfois incurvées latéralement. Glabres, lisses, ordinairement épaisses et cassantes à l'état sec, elles sont brièvement pétiolées,

sinon sessiles. Les pétiolules sont cylindroïdes, à peine épaissis au point d'insertion sur le pétiole commun. Le rachis lui-même est peu élargi à la base, étroit, arrondi en dessous, et légèrement creusé en gouttière en dessus.

Jaborandi est un terme vulgaire et générique employé par les Indiens pour désigner des plantes stimulantes, sudorifiques, sialagogues, qui s'applique à un genre de gratiole et aux diverses espèces de poivres. M. le professeur Baillon s'est assuré, par la confrontation avec les plantes brésiliennes de son herbier, que les échantillons employés étaient identiques avec le *Pilocarpus pinnatus* de la famille des Rutacées, originaire de la province de Saint-Paul au Brésil.

Son mode d'emploi est des plus simples; il suffit de concasser les feuilles et les folioles, et d'en faire infuser 4 à 6 grammes dans une tasse d'eau chaude. Dix minutes après, les sueurs se produisent, et continuent pendant quatre à cinq heures au point d'être obligé de changer plusieurs fois de linge. Une abondante sécrétion salivaire a lieu avec une excrétion bronchique telle, que la parole devient presque impossible ; elle peut s'élever à un litre et plus. C'est donc un puissant sudorifique et un sialagogue énergique sans pareil.

Ce qui prouve son action intrinsèque, c'est qu'il n'est pas nécessaire de le prendre dans une grande quantité d'eau chaude, comme tous les diaphorétiques connus, pour qu'il agisse avec cette intensité. On peut le prendre froid ; mais l'infusion est encore activée en la prenant couché et bien couvert. Il a donc manifestement une action sur les glandes sudorales et salivaires.

M. le professeur Gubler a confirmé ces effets remarquables dans son service à l'hôpital Beaujon. Il trouve ainsi de nombreuses indications par sa double action : les affections *à frigore* dans leur première période, les bronchites à râles vibrants avec ou sans emphysème, le diabète albumineux et les hydropisies, les empoisonnements et les maladies dues à des miasmes ou des poisons morbides, les fièvres éruptives entravées dans leur évolution, etc., pourront en être très-favorablement modifiées. (*Journ. de thérapeut.*, n° 5.)

Le docteur Rabuteau a constaté sur lui-même ces pro-

priétés étonnantes, et a fait sur la feuille quelques recherches chimiques, dont voici la conclusion : « Les feuilles du jaborandi ont une odeur qui paraît due à un principe fugace, non analogue aux huiles essentielles contenues dans les plantes aromatiques; elles ont une saveur amère qui est due à un principe soluble dans l'eau et dans l'alcool, et pouvant être isolé en traitant par l'alcool l'extrait aqueux de ces feuilles. Enfin, ces mêmes feuilles ne paraissent contenir aucun alcaloïde. D'après cela, il sera facile de déterminer quel est le principe actif du jaborandi en administrant séparément : 1° L'eau distillée des feuilles; 2° la substance amère obtenue en traitant par l'alcool l'extrait aqueux; 3° le résidu de cet extrait aqueux insoluble dans l'alcool. » (*Union méd.*, n° 45.)

Le docteur Benavente l'a essayé contre des accès de frisson se manifestant depuis huit ans, tous les trois jours, chez une hystérique à son retour d'âge. Un gramme donné en infusion au moment de l'accès a provoqué une sueur froide des plus copieuses. L'effet fut le même avec 50 centigrammes seulement.

Le tiers de la dose donné à une femme atteinte d'un œdème dur des extrémités inférieures, qui n'avait jamais pu suer, provoqua un ptyalisme après trois à quatre minutes. Il n'y eut qu'une transpiration légère avec 50 centigrammes, mais une salivation des plus abondantes. Il survint, au contraire, une sueur copieuse chez un enfant atteint de scarlatine. Il y a donc des différences d'action, suivant la dose et les individus. (*Acad. de méd. de Madrid*, octobre.)

Action sur l'urée. Expérimenté par MM. Ball et Hardy, ce précieux végétal s'est montré non-seulement un sialagogue de premier ordre et un sudorifique actif, mais un antidéperditeur de l'urée. Les sueurs et la salive, augmentées sous son influence, recueillies ainsi que les urines pendant vingt-quatre heures, ont toujours donné à l'analyse une quantité d'urée inférieure à ce qu'elle était à l'état normal. La sueur en contient toujours et même la salive, mais sans que la quantité totale ait jamais égalé celle qui existait avant les expériences, quoique l'alimentation fût la même. (*Soc. de biol.*, novembre.)

JURISPRUDENCE. *Empoisonnement.* La mort d'un quincaillier de Verdun, causée accidentellement par l'administration d'un sel de baryte, vendu par erreur pour du sulfovinate de soude (voy. EMPOISONNEMENT, 1872), a été punie comme suit. Le sel toxique avait été expédié de l'usine Carthelay de Paris, en même temps que du sulfovinate de soude, par le préparateur Coneffin qui s'était trompé d'étiquette. Le pharmacien de Verdun n'avait pas vérifié la nature des substances. Le chef d'usine, le préparateur et le pharmacien, ont été condamnés par le tribunal correctionnel de Verdun à des peines d'amende, puis par le tribunal civil à 8000 francs d'indemnité envers la veuve et la fille mineure du défunt. Sur l'appel de la veuve, la Cour de Nancy a attribué 7000 francs à la veuve et 14 000 francs à la fille.

Homicide par imprudence. Une dame Caron fut conduite par son mari chez un dentiste de Lille, qui la chloroformisa sous ses yeux pour lui extraire une dent. Elle succomba à l'action de l'agent anesthésique. Condamné à Lille à un mois de prison et 500 francs d'amende pour homicide par imprudence, le dentiste fut déchargé en Cour d'appel de la peine d'emprisonnement.

C'est alors que M. Caron, bien qu'ayant donné par sa présence pleine autorisation à l'emploi du chloroforme, que sa femme avait déjà subi sans inconvénient, crut pouvoir se fonder sur ces jugements pour réclamer des dommages-intérêts, tant en sa faveur qu'en celle de son fils mineur. Ses prétentions s'élevaient au chiffre de 20 000 francs.

Le tribunal, après la clôture des débats, considérant que l'arrêt du tribunal de Lille et celui de la Cour d'appel de Douai consacrent, comme chose jugée, le fait d'homicide par imprudence à la charge dudit dentiste, a condamné celui-ci à 4000 francs de dommages, ainsi répartis : 1000 francs en faveur de M. Caron ; 3000 francs placés en rente d'État sur la tête de son fils mineur, pour remise lui en être faite à sa majorité.

Service médico-pharmaceutique colonial. Par décret du 30 janvier, le temps de service des médecins et pharmaciens de la marine aux colonies est fixé à trois années effectives, et par exception à deux seulement au Sénégal et en

Cochinchine, après quoi ils sont replacés dans le cadre des ports et de la flotte. Avec cette règle uniforme, on ne laissera plus vieillir, pourrir, pendant leur jeunesse, ceux qui sont sans protecteurs, ni influence, ni grand mérite, au profit des plus intrigants. Chacun pourra demander, exiger, son rapatriement en vertu du droit commun.

Devoirs du pharmacien. Le docteur L..., médecin anglais, est appelé à soigner un alcoolique atteint de *delirium tremens.* Il prescrit une demi-once de teinture de digitale dans une quantité égale d'eau distillée. M. Fisher, pharmacien, refuse d'exécuter la prescription. Le malade meurt pendant que le médecin proteste et que le pharmacien résiste.

Une enquête a lieu; les opinions sont partagées.

L'affaire est portée devant le jury anglais qui déclare :

1° Que la mort est le résultat de causes naturelles secondées par l'abus des boissons;

2° Que le pharmacien, M. Fisher, a eu tort de ne pas exécuter la prescription du docteur L....

Cependant les thérapeutistes continuent à argumenter.

Bien que les considérants de ce jugement manquent, il est évident qu'il pouvait être appuyé sur des faits précis et authentiques pour condamner la résistance du pharmacien. On en trouvera même dans la collection de ce *Dictionnaire* (voy. DELIRIUM TREMENS). Le pharmacien ne peut être juge des prescriptions du médecin. Il ne peut s'en référer qu'à lui dans le cas d'erreur évidente des doses. Mais si le médecin persiste, il doit exécuter ponctuellement; sa responsabilité est garantie par l'ordonnance.

Médecine homœopathique. Par un jugement fortement motivé de la Cour d'appel de Bruxelles du 18 décembre 1873, le docteur Van Campenhart, médecin homœopathe à Anvers, a été condamné en première instance pour avoir fourni ses globules à ses malades, c'est-à-dire avoir pratiqué la pharmacie sans droit et exercé à la fois deux professions incompatibles d'après la loi. Appelant de ce jugement, il a été reconnu non recevable et condamné de nouveau à subir la première sentence et aux frais. C'est donc là un précédent pour frapper tous les médecins homœopathes qui, surtout en province, préparent, vendent et distribuent eux-mêmes leurs

globules ou leur eau claire. Que médecins et malades se le tiennent pour dit.

Patentes. Le ministre des finances du gouvernement belge ayant témoigné son intention de faire des dégrèvements d'impôts, à propos de la discussion du budget de 1874, M. le docteur Vleminckx en a pris occasion dans la séance du 12 décembre pour mettre sa bonne volonté à l'épreuve. Je viens lui demander, a-t-il dit, un de ces dégrèvements qui, à coup sûr, ne troublera en aucune manière notre situation financière ; qui, de plus, suivant moi, est parfaitement juste et auquel je ne pense pas qu'on puisse faire une objection raisonnable.

L'impôt patente est évidemment prélevé sur le commerce et sur l'industrie. Or, je me demande comment, dans la loi sur les patentes, on a pu imposer certaines professions qui ne tiennent ni du commerce, ni de l'industrie ; pourquoi la profession de médecin continue à être assujettie à la patente, à l'exception des autres professions libérales ?

Je voudrais savoir pourquoi les médecins doivent payer patente et pourquoi les avocats n'en payent pas ? Si l'on peut me donner une bonne raison que je puisse admettre, pour justifier cette inégalité, je retirerai mes observations ; mais il est impossible qu'on le fasse ; toutes celles qui ont été produites jusqu'à ce jour ont été cent fois réfutées.

Je prévois que l'on me répondra que, lorsqu'on révisera la loi sur les patentes, on fera disparaître cette injustice, mais il s'écoulera peut-être longtemps encore avant que cette réforme soit introduite. Je demande donc à M. le ministre des finances s'il ne pourrait pas présenter un bout de loi pour faire cesser l'anomalie que je viens de signaler.

Je ne désire pas, quant à moi, que l'on impose les avocats, mais encore une fois, je demande que les médecins soient placés sur la même ligne qu'eux. Ce n'est que justice.

La réponse du ministre à cette interpellation fut l'espoir sérieux d'obtenir enfin la réparation, depuis si longtemps attendue et toujours vainement réclamée, de l'injustice dont les médecins sont victimes.

K

KYSTES. Kystes de l'ovaire. *Cellule caractéristique.* Trouver un signe certain, pathognomonique d'un kyste de l'ovaire serait encore aujourd'hui une découverte précieuse, car, malgré les progrès réalisés dans ce diagnostic depuis que la pratique de l'ovariotomie a permis de mieux le préciser, il reste encore bien des inconnues que les plus fatales erreurs démontrent trop souvent. Après des centaines d'expériences chimiques et microscopiques, faites dans la pratique du docteur Atlee, l'un des plus célèbres ovariotomistes américains, M. Drysdale place ce signe différentiel dans la présence d'une cellule granuleuse qu'il figure dans une planche, pour mieux la distinguer des autres cellules, globules ou corpuscules qui peuvent se rencontrer dans le liquide d'un kyste de l'ovaire. Elle est ordinairement ronde, parfois un peu ovale, délicate, transparente, et contient un certain nombre de fins granules, sans noyau. Son volume varie beaucoup, mais sa structure est toujours la même.

L'addition de l'acide acétique rend les granules plus distincts et la cellule plus transparente. L'éther ne la modifie pas, mais rend les granules plus transparents. Ces caractères suffisent à la faire distinguer, et une ponction capillaire permettrait ainsi d'établir le diagnostic par l'examen microscopique du liquide. Il est à désirer qu'elle soit plus fidèle que la cellule cancéreuse de Lebert, et les cellules épithéliales cylindriques qui sont spéciales au kyste de l'ovaire droit, suivant le professeur Simon. (*Transact. of the Amer. med. Association.*)

Influence de la grossesse. Contrairement à ceux qui défendent le mariage ou les rapports sexuels par crainte de la grossesse et de son influence fâcheuse sur le développement du kyste en provoquant des complications par inflammation, adhérence ou suppuration, le docteur Milne a soumis à la Société obstétricale d'Édimbourg, le 13 mai, trois cas de kystes uniloculaires de l'ovaire constatés avant le mariage ou avant la grossesse, et qui ont disparu après l'accouchement. Il croit que la compression de l'utérus gravide agit

efficacement dans ce cas, et que le mariage et les rapports conjugaux ne doivent pas être prohibés. Malheureusement les faits ne sont pas concluants et d'autres sont nécessaires pour rendre cette opinion probable. Il y a donc lieu d'étudier cette question intéressante. (*Edinburgh med. journ.*, août.)

Pneumatose inflammatoire Après la ponction d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, datant de quatre ans, chez une fille de vingt-cinq ans, et l'évacuation de 11 litres d'un liquide limpide suivi d'un litre environ d'un liquide épais, grumeleux, couleur chocolat, M. Broca, ayant fait une injection d'eau tiède, détermina aussitôt une anxiété des plus vives avec douleur dans le ventre, nausées, peau chaude, pouls rapide et plein. Dès le lendemain, le ventre était gros, douloureux partout au toucher avec sonorité gazeuse, nausées et adynamie profonde. C'étaient les symptômes de la péritonite sans le faciès grippé ni le pouls misérable. Le ventre s'affaissa six heures avant la mort, survenue cinquante-quatre heures après la ponction.

Dégagement de gaz fétides à l'ouverture du ventre, mais sans trace de péritoine. A la partie supérieure seulement, un pont s'étendait de la paroi thoracique à la tumeur dont la cavité anfractueuse, parcourue de colonnes solides, contenait un liquide rosé, sans globule purulent ni fausse membrane, mais avec des gaz fétides. C'était tout ce qui restait du péritoine en avant du kyste ; on le retrouvait en arrière et sur les côtés avec quelques adhérences anciennes donnant l'explication des douleurs ressenties par la malade pendant quatre ans.

M. Broca explique ces accidents par le développement spontané d'une pneumatose inflammatoire de la poche, dû probablement au liquide putréfiant qu'il en avait retiré. (*Mouvement méd.*, n° 21.)

Ponctions capillaires. Ce procédé, employé contre l'ascite (voy. *ce mot*), est étendu par M. Panas à la ponction des kystes de l'ovaire, mais avec la modification suivante : La canule étant placée, on fixe sur elle un tube de caoutchouc assez long pour tomber dans un vase placé à terre. Le liquide coule ainsi très-lentement jusqu'à la fin, sollicité

par la disposition du tube faisant l'office de siphon et par l'action des parois abdominales.

Outre l'avantage de ne pas exposer les opérées aux accidents inhérents aux ponctions ordinaires, comme malaises, tendance à la syncope, congestion des viscères, hémorrhagies internes, etc., ces ponctions capillaires, en ne faisant qu'une plaie insignifiante du péritoine, risquent moins de léser les vaisseaux et par conséquent de produire l'épanchement de sang dans le péritoine; elles sont presque exemptes de douleur. La petitesse de la piqûre expose moins aussi à la formation d'adhérences, et l'on sait tout le danger de celles-ci dans le cas d'ovariotomie subséquente.

Ce n'est que dans les cas où le liquide est excessivement visqueux que ces ponctions sont inapplicables. Mais, tant qu'il s'écoule, on peut laisser le tube à demeure sans inconvénient, car il a pu rester ainsi en place sept à huit heures consécutives. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre.)

Tumeur cystique du rein simulant un kyste de l'ovaire. Le docteur Matthews Duncan a communiqué à la Société chirurgicale d'Édimbourg, au nom du docteur A.-C. Campbell, de Dundee, le cas d'une paysanne de quarante-neuf ans portant une tumeur, depuis environ dix-huit mois, dans le flanc gauche, de la grosseur d'une tête d'homme et présentant la fluctuation et tous les autres symptômes d'un kyste de l'ovaire. Mise à nu, cette tumeur fut ponctionnée, mais rien ne sortit, en raison de l'épaisseur du liquide. Elle fut ouverte, et deux pintes de matière s'en échappèrent. Les deux ovaires étaient complétement sains. La masse était constituée par un rein altéré et fut enlevée. *La guérison fut lente, mais complète*; chaque jour il s'était écoulé environ quarante onces d'urine.

Exemple nouveau des difficultés inhérentes au diagnostic des tumeurs de l'ovaire et du rein. (*British med. Journal*, 20 juin.)

Cancer consécutif. Certains kystes de l'ovaire, suivant M. Panas, sont d'un caractère cancéreux qui rend l'ovariotomie tout à fait inutile, sinon nuisible. Une malade ainsi ovariotomisée à l'hôpital Saint-Louis en 1871, s'y représentait en 1873 avec les ganglions de l'aine, les seins, les cla-

vicules envahis par le cancer, sans rien dans l'ovaire conservé. L'ovaire excisé ne renfermait qu'un petit kyste fœtal.

Chez une autre femme, entrée au même hôpital en 1873, des kystes multiples s'étaient développés en huit mois. On en retira 18 litres de liquide. Il y avait un cancer du col utérin auquel la malade a succombé.

Les kystes de nature maligne se développent en général rapidement. Il n'y a donc pas seulement à s'occuper d'en débarrasser les malades, mais à étudier s'il n'y a pas tendance à un développement cancéreux.

Chez une fille de dix-neuf ans, très-robuste en apparence, qui portait une tumeur ressemblant à un kyste de l'ovaire, M. Verneuil constata, après la mort survenue deux jours après une ponction exploratrice, un kyste multiloculaire de l'ovaire, de nature fibro-plastique, nucléaire, à marche rapide, avec tumeurs cancéreuses dans le foie, la rate, le mésentère. Qui eût ovariotomisé, en pareil cas, ne pouvait avoir qu'un insuccès rapide. (*Soc. méd. des hôpit.*, juin.)

M. Lucas-Championnière a fait tout récemment l'autopsie d'une femme morte de cancer de l'utérus et du vagin, et qui était atteinte de kystes multiloculaires de l'ovaire, dont le début remontait à huit ans, et qui n'avait jamais été opérée. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Injections de perchlorure de fer. Une incision de quatre pouces de long était faite sur la ligne blanche pour l'excision d'une tumeur de l'ovaire du côté gauche, lorsque le docteur E. Martin découvrit qu'elle était si intimement adhérente aux parois abdominales qu'il lui fut impossible de terminer l'opération. L'ouverture du kyste donna issue à un liquide brun, glaireux, mêlé de petits caillots sanguins. Le kyste adhérait aussi à l'utérus dans une grande étendue.

Deux fortes sondes élastiques furent dès lors placées dans le kyste et la plaie fermée par des sutures métalliques. Le lendemain, une solution aqueuse de 25 centigrammes de perchlorure de fer pour 100 d'eau fut injectée dans le kyste et continuée jusqu'à ce qu'elle sortît claire et exempte de toute odeur par l'autre sonde. Ces injections, répétées trois fois par jour, furent continuées et rendues graduellement plus fortes, jusqu'à contenir 10 pour 100 de perchlorure.

Par ce traitement, la tumeur diminua graduellement; elle

n'avait plus que le volume d'une pomme, dès le treizième jour, et l'écoulement était sans odeur. Les injections furent réduites à deux, puis à une seule, et les sondes enlevées le vingt-quatrième jour. L'ouverture fistuleuse se ferma rapidement et, cinq mois après, l'opérée était en parfaite santé et sans aucun vestige de tumeur. (*Berl. klin. Woch.*, juin.)

La rapidité de la guérison sous l'influence de ce nouvel agent et son absence dans les urines, malgré la proportion de 10 pour 100 dans les injections, sont des encouragements à répéter cette pratique.

Kyste du ligament large. Prise pour un kyste de l'ovaire, chez une veuve de quarante-deux ans qui en fait remonter l'origine à six ou sept ans, cette tumeur fut opérée comme telle par M. Gayet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. L'utérus, assez élevé, était un peu incliné à droite, le col tourné à gauche. L'exploration directe montra au contraire que la tumeur, appliquée au côté gauche de l'utérus, était enveloppée du ligament large. Croyant à un myôme kystique développé dans le territoire musculo-celluleux du ligament large, contre le bord de la matrice, M. Gayet tenta de l'énucléer avec la main ; mais il n'y put parvenir à cause de l'adhérence trop intime avec le tissu utérin. Il fallut ligaturer aussi près que possible et enlever les dix-neuf vingtièmes de la tumeur. La plaie fut fermée sur le pourtour de la portion restante afin de permettre son élimination par suppuration. Mais des accidents survinrent le quatrième jour qui emportèrent la malade.

La tentative d'énucléation en était la cause. Le tissu cellulaire s'était gangrené avec fusées purulentes et emphysème des parties environnantes. Une section simple eût prévenu cette issue. C'est donc un enseignement pour ces cas assez fréquents.

Quant à l'erreur de diagnostic, il y a lieu, lorsque l'élévation du col ou son inclinaison indiquent les connexions de l'utérus avec la tumeur, par un pédicule court ou autrement, de faire une ponction préalable, car le liquide est ordinairement, dans ces cas de myôme kystique comme dans celui-ci, *séreux et louche*, ne se coagulant ni par la chaleur ni par l'acide nitrique. Dans ce cas, il y aurait encore à élucider s'il est développé dans les parois de l'utérus ou à

sa surface, car, dans le premier cas, il n'y aurait rien à faire, et, dans le second, il faudrait exciser, reséquer, mais non énucléer. (*Lyon méd.*, nº 9.)

La ponction, en effet, fut le moyen tout d'abord employé par M. Leroy qui, en sondant une jeune fille de dix-huit ans, vierge, pour une rétention d'urine très-douloureuse, reconnut l'existence d'une tumeur abdominale. Il n'obtint qu'une petite quantité de matière épaisse, jaunâtre, suifeuse, avec des cellules épithéliales analogues à celles des glandes sébacées et des vésicules adipeuses.

Le mal avait débuté, sept mois auparavant, par des difficultés d'uriner, avec envies fréquentes et vives douleurs qui bientôt s'irradièrent dans les flancs et la région rénale droite, vers l'anus et l'utérus. Constipation opiniâtre, sensibilité du bas-ventre, sans aucun trouble de la menstruation.

M. Th. Anger diagnostiqua un kyste dermoïde siégeant probablement dans le ligament large droit. Le toucher ne pouvait reconnaître le col utérin. Le doigt rencontrait une tumeur dure, arrondie, derrière le pubis, enclavée dans la concavité du sacrum, remplissant le vagin, en comprimant le rectum et la vessie. Elle remontait jusqu'à l'ombilic. Fluctuation manifeste mais profonde.

Les souffrances étaient si intolérables que la malade et sa famille réclamaient une opération pour laquelle elle entra à l'hôpital Saint-Antoine le 15 février dernier. Elle fut pratiquée le 27. Une incision de 7 centimètres suffit. Une poche kystique recouverte d'un lacis vasculaire se présenta tout d'abord ; c'était le feuillet antérieur du ligament large, qui fut incisé. Deux litres d'un liquide blanc verdâtre avec une mèche de cheveux et des masses épithéliales nageant dedans furent extraits par la ponction. Retenue en haut, la poche, à moitié sortie, ne put franchir l'ouverture abdominale sans une seconde ponction ayant donné un demi-litre de bouillie. Attirée au dehors, la tumeur était sans pédicule et recevait ses vaisseaux de la trompe et probablement de l'ovaire. Au lieu d'en tenter l'énucléation, comme dans l'exemple précédent, un serre-nœud fut appliqué sur le péritoine et la trompe et fixé à l'angle inférieur de la plaie. Cinq points de suture profonde et quatre superficiels terminèrent cette délicate opération qui n'avait pas duré une heure. Le 21 mars, la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie.

La pièce anatomique, en confirmant le diagnostic, montra le kyste coiffé par le ligament large. Près de l'insertion de la trompe, un cordon, qui n'était autre que l'ovaire étalé et confondu avec le kyste, se perdait dans la paroi, sans que l'on pût reconnaître si ce kyste avait pris naissance dans l'ovaire ou s'il en était primitivement indépendant. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Kyste hydatique du foie. *Ouverture dans la plèvre droite; empyème.* Un jeune médecin de Pau, le docteur Robert, transporté dans le Nord par les événements de la guerre de 1870, éprouva tout-à-coup une hémoptysie abondante après la bataille de Pont-Noyelles. Remis après quelques jours de repos, il termine la campagne malgré certains malaises. Rentré chez lui, il reste presque un an sans nouveaux accidents, lorsque, à la suite d'un long voyage en voiture, une douleur fixe se déclare à la base du côté droit. Elle augmente à la pression et à la respiration. Le docteur Duboué constate un frottement de cuir neuf ascendant et descendant. Un vésicatoire volant fait disparaître la douleur en trois jours.

Un mois après, une pesanteur considérable dans la région hépatique reparaît, à la suite d'une promenade prolongée. Le malade perçoit son foie au niveau de l'ombilic avec distension de la vésicule. On constate un affaiblissement de la respiration avec matité et égophonie dans le côté droit; fièvre. Des vésicatoires volants répétés déterminent de l'amélioration, mais le foie reste toujours volumineux et la respiration douloureuse et gênée. La main perçoit des frottements à chaque inspiration.

Ce nouvel état se prolonge quatre mois, accompagné de mouvements fébriles, malgré quelque amélioration ; lorsque, en se laissant aller brusquement dans un fauteuil, le malade perçut immédiatement, au-dessous du mamelon droit, un choc intérieur sur la paroi thoracique qu'il renouvela volontairement. Un bruit de flot y succéda et fut confirmé par l'auscultation, ainsi qu'un léger tintement métallique. Matité absolue et absence de vibration thoracique dans tout le côté droit. Au diagnostic de pleurésie simple succéda ainsi celui de pleurésie purulente enkystée avec pneumothorax.

C'est alors que M. Moutard-Martin fut appelé de Paris pour pratiquer la thoracentèse, dix-huit mois environ après le début des accidents. Frappé de l'absence de fièvre, du peu d'amaigrissement existant, de la conservation de l'appétit et des bonnes digestions, il ne put admettre qu'une pleurésie purulente eût existé avec pneumothorax pendant quatre mois, sans porter plus d'atteinte à l'économie. La forme de la poitrine, l'abaissement considérable du foie et son volume, malgré la diminution de l'épanchement, le firent conclure à la possibilité d'un kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre avec pleurésie purulente consécutive et limitée. Trois ponctions successives ne donnèrent issue qu'à quelques gouttes d'un liquide sanguinolent, ce qui fit admettre une pleurésie interlobaire dont la cavité était séparée de la paroi thoracique par une épaisseur notable de poumons comprimés et carnifiés. La respiration devint néanmoins plus libre, et, pendant sept mois, l'amélioration fut telle que le médecin malade se serait cru guéri si ce n'eût été le mouvement interne et le choc du liquide qu'il percevait toujours à volonté dans certaines positions. L'auscultation détermina en effet une grande liberté de toute la partie supérieure du thorax à droite.

Pendant trois mois encore, le mieux continua, et l'on croyait à une résorption graduelle du pus, lorsque survint, toujours à la suite d'un exercice violent, une toux convulsive extrêmement fatigante, avec crachements d'un demi-litre de pus environ. Le même fait se répéta les jours suivants, le pus diminuant graduellement. Puis, un mois après, les mêmes accidents reprirent de nouveau et allèrent cette fois en augmentant, tellement que le malade, qui jusque-là avait continué à sortir, fut obligé de s'aliter. Le pus éliminé, filant, fétide, briqueté, s'élevait jusqu'à 800 grammes par jour.

M. Moutard-Martin fut rappelé. Le malade avait de tels accès de suffocation que la mort paraissait imminente, si l'on n'amenait l'issue du liquide en calmant la toux. Conservant toujours l'idée de l'existence d'un kyste hydatique du foie, M. Moutard-Martin décida de pratiquer immédiatement l'empyème. Mais en raison des difficultés prévues par l'insuccès des ponctions précédentes, il fit préalablement une ponction avec le trocart de Potain dans le

huitième espace intercostal, afin de s'assurer de la profondeur de la cavité purulente. Une certaine quantité de liquide, semblable à celui de l'expectoration, fut aspiré à une profondeur de plusieurs centimètres de la face interne des côtes. Une incision de 6 à 7 centimètres de long fut donc faite parallèlement à la canule restée en place et, guidé par l'indicateur, le bistouri, rasant le bord de la côte, détacha les muscles intercostaux et dépassait déjà notablement la face interne des côtes quand le doigt perçut une résistance molle élastique. Le bistouri en l'incisant pénétra dans une cavité à parois épaisses, de consistance fibreuse, séparée des côtes par un intervalle de 2 centimètres et demi et rempli par le tissu mou et élastique précité. Agrandie comme l'incision externe, cette ouverture profonde donna issue avec violence à une quantité considérable de liquide sanguinolent, comme celui des crachats, liquide projeté avec de l'air, comme avec un soufflet, à une grande distance. Cet écoulement fut arrêté subitement par une masse mollasse opaline engagée dans la plaie et qui, retirée avec les doigts, n'était autre qu'un débris d'une vaste poche hydatique, dont le surplus fut successivement détaché. Le diagnostic du médecin de Paris était ainsi confirmé.

La toux cessa comme par enchantement ainsi que la fièvre, la respiration devint libre et l'opéré put aussitôt prendre des aliments et réparer ses forces. Après des lavages à grande eau tiède alcoolisée, il s'agit de placer des tubes pour l'écoulement du liquide.

Aucun accident ne survint, si ce n'est un commencement de péritonite qui fut heureusement combattu par la pommade mercurielle belladonée.

Malgré la disparition immédiate de l'expectoration sanguine, il restait à savoir quels étaient les tissus divisés par le bistouri. Était-ce une couche de fausses membranes organisées ou bien du tissu pulmonaire aplati entre le kyste et la paroi costale? L'absence d'hémorrhagie semblait exclure cette dernière probabilité. Néanmoins, MM. Duboué et Meunier qui pansaient le malade virent un corps solide s'engager dans la plaie et en retirèrent un lambeau de tissu pulmonaire fort reconnaissable et mince comme si le bistouri en eût divisé une tranche.

Ce fait démontre que la blessure du poumon comprimé

et carnifié peut ne pas provoquer d'hémorrhagie bronchique, et permet une guérison prompte et complète, puisque, dès les premiers jours de juin, la suppuration était tellement tarie qu'il fut question de retirer les tubes, laissés seulement par prudence. Mais bientôt deux tubes furent chassés par les progrès de la cicatrisation intérieure; le dernier fut enlevé dans les premiers jours de juillet, et la fistule cicatrisée cinq ou six jours après.

La marche autant que la guérison de ce fait remarquable sont d'un grave enseignement clinique. Elles montrent combien il est important de distinguer la pleurésie purulente idiopathique des différentes altérations qui peuvent la faire naître, notamment les kystes hydatiques du foie. Sans l'empyème aussi hardiment provoqué, ce malade eût infailliblement succombé. Ce n'est pas d'ailleurs le premier succès de M. Moutard-Martin. Un autre à peu près semblable se trouve relaté dans son *Traité de la pleurésie purulente*, et l'opéré était parfaitement guéri quand il succomba, cinq mois après, à une tuberculose aiguë. Un troisième cas s'est présenté à l'hôpital Beaujon sur un ancien sous-officier de spahis de cinquante-quatre ans qui guérit aussi parfaitement. Ce sont donc là des précédents propres à encourager l'empyème en pareil cas. (*Union méd.*, nos 145, 147, 1873.)

Injections de bile. A l'occasion d'un cas de rétention biliaire par l'introduction des vésicules hydatiques dans le canal cholédoque ayant déterminé la mort, M. Landouzy revient sur cette idée depuis longtemps exprimée d'injecter la bile dans les kystes hydatiques du foie pour tuer ces acéphalocystes. L'épanchement naturel indique la voie à suivre. Mais au lieu de les pratiquer comme on l'a déjà fait, il propose de remplacer l'ouverture spontanée d'un canalicule biliaire par l'injection directe de bile dans les kystes non ouverts. Avec l'appareil Dieulafoy, il serait facile de pousser quelques grammes de bile dans un kyste dont on aurait extrait préalablement une certaine quantité de liquide. Faite dans ces conditions, cette injection serait sans douleur, inoffensive, et tuerait infailliblement les hydatides sans s'opposer à la rétraction du foyer (*Soc. de biol.*, janvier, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 5). Ce serait au moins à

tenter dans ces cas graves où il faut tout attendre de la nature, sinon la mort.

Kyste de la saphène. *Cautérisation.* La tumeur occupait le côté interne de la région poplitée chez un papetier de trente-deux ans, placé dans le service de M. Tillaux. Bien délimitée et assez régulièrement sphérique, elle remontait à douze ou treize ans et avait le volume d'un petit œuf. La peau n'était pas adhérente tout en ayant une couleur bleuâtre. Rénitence et fluctuation des plus manifestes, aucune douleur, ni gêne, ni faiblesse de la jambe. Le siége de la tumeur sur le trajet de la saphène interne et une induration appréciable y faisant suite, un kyste des parois de la veine fut diagnostiqué et confirmé par une ponction exploratrice.

Sollicité par le malade et encouragé par le succès obtenu par M. Trélat, M. Tillaux tenta de détruire ce kyste veineux par l'application du caustique de Vienne. L'eschare se détacha et la cicatrisation se formait lorsque survint une phlébite de tout le département veineux au-dessus du point cautérisé qui détermina une infection purulente mortelle.

L'autopsie montra que le kyste communiquait avec la veine. Une phlébectasie partielle et latérale en avait été l'origine. Il n'y avait pourtant là ni inflexion ni coudure du vaisseau : aucune varicosité ni zigzag n'existait ; la dilatation était limitée comme dans l'anévrysme sacciforme et communiquait largement avec l'intérieur du vaisseau. (*Union méd.*, n° 153, 1873.)

Ce fait a un enseignement pratique, c'est de ne tenter la guérison radicale qu'en cas de danger. La compression ou la ligature au besoin seraient préférables à la cautérisation.

L

LARYNX. *Extirpation.* S'appuyant sur les résultats expérimentaux obtenus chez le chien par Czerny, M. le professeur Billroth a voulu montrer, comme une curiosité chirurgicale, semble-t-il, qu'elle était praticable chez l'homme. Une tumeur, située au-dessous de la glotte chez un profes-

seur de trente-six ans, ayant résisté à la cautérisation et aux injections substitutives, il en fit l'extraction par la trachéotomie le 27 novembre 1873, quoique sa nature maligne fut dès lors constatée. Aussi ne tarda-t-elle pas à pulluler et à faire naître de formidables accidents de suffocation qui obligèrent à intervenir de nouveau. C'est alors que le 31 décembre suivant, Billroth fit l'excision complète du larynx par une opération des plus délicates et laborieuses, dont il semble inutile de décrire les divers temps, car il est douteux que d'autres soient tentés de la renouveler en en connaissant toutes les péripéties et les difficultés. A plusieurs reprises, l'opéré faillit succomber d'hémorrhagie et de suffocation du sang coulant dans les bronches. Enfin, après *une heure trois quarts* que dura l'opération, le larynx était reséqué avec les deux premiers anneaux de la trachée et le tiers inférieur de l'épiglotte, lorsqu'une hémorrhagie secondaire mit de nouveau la vie de l'opéré en péril. Il fallut lier l'artère laryngée supérieure.

Néanmoins, la plaie se rétrécit et se cicatrisa, et l'opéré pouvait avaler, malgré une fistule pharyngienne ; mais il fallait appliquer un larynx artificiel. Il fut fait en caoutchouc, et pourvu de trois canules trachéale, pharyngienne et de la phonation. Le 3 mars suivant, l'opéré quittait l'hôpital en bon état, ce qui n'empêcha pas l'épithélioma de récidiver, et la mort d'arriver peu de mois après.

C'est certainement là une grande innovation ou plutôt une audace chirurgicale. Toute la presse en général l'a blâmée, et on le comprend devant une affection semblable. Qu'en présence d'un traumatisme simple, on tente jusqu'à l'impossible pour la restauration, à la bonne heure ; mais une affection maligne n'autorise pas ces hardiesses, car c'est exposer davantage la vie des patients qu'en les laissant tranquilles. (*Gaz. hebd.*, n° 34.)

Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx et sur l'anatomie pathologique des complications laryngées de la rougeole, par M. Coyne. Paris.

Plusieurs détails anatomiques, importants à connaître, sont consignés dans ce travail. Au lieu du ligament absent de la corde vocale supérieure, l'auteur n'a constaté que de grosses glandes en grappe à la partie moyenne du repli

muqueux dont elle est formée. La corde vocale inférieure, pourvue d'un muscle et d'un ligament, contient aussi deux groupes de glandes en grappe qui entretiennent l'humectation de la région papillaire.

Sous l'épithélium, M. Coyne a aussi constaté une couche de tissu réticulé analogue au tissu lymphoïde, comme dans la muqueuse de l'intestin grêle. Des organes lymphatiques, semblables aux follicules de l'intestin, ont aussi été constatés dans la partie superficielle du derme muqueux, pour expliquer les ulcérations qui se manifestent dans le cours de certaines fièvres. La bourse séreuse sous-muqueuse de M. Fournié n'a pu être trouvée.

Anesthésie du larynx. — Voy. ANESTHÉSIE.

Larynxsténose. Nom donné par le docteur Burrow à une forme peu connue et rare de rétrécissement du larynx. Quatre cas en sont rapportés comme exemples. Jusqu'au-dessous des cordes vocales inférieures, le calibre était normal ; mais, à ce niveau, deux tumeurs adhérant à la face inférieure des cordes vocales formaient deux bourrelets symétriques réduisant à rien la fente glottique. La trachéotomie, nécessitée par la dyspnée, fit disparaître consécutivement tous les symptômes morbides. Il s'agit donc là d'un simple rétrécissement inflammatoire. (*Berl. klin. Wochensch.*, n° 7.)

LAVEMENTS ALIMENTAIRES. On admet généralement leur valeur nutritive, probablement parce que l'observation en a constaté l'efficacité ; aussi les emploie-t-on dès que l'estomac ne peut plus rien supporter ou qu'il est impossible d'y rien faire parvenir. Mais comme tout ce qui n'est pas démontré et confirmé expérimentalement est aujourd'hui mis en doute, MM. Carville et Rochefontaine ont vérifié le fait sur deux chiens. Ils les ont enfermés le 15 septembre, et ne leur ont donné absolument que de l'eau à boire. A l'un, du poids de 10 kilogrammes, deux lavements de bouillon, fait avec 500 grammes de bœuf, sont donnés tous les jours. Pour étouffer ses hurlements continuels, on fait la trachéotomie qui le rend aphone. Un emphysème sous-cutané y succède, sans autre lésion appréciable, et il suc-

combe le vingt-neuvième jour, ne pesant plus que 5 kilogr. 500 grammes.

Il est remarquable qu'il se léchait les lèvres, et faisait des mouvements de déglutition après chaque lavement.

Le second chien, du poids de 11 kilogrammes, auquel on ne donna rien que de l'eau, pour servir de point de comparaison, mourut deux jours avant seulement, et ne pesait plus que 6 kilogr. 700 grammes. Il ne s'était jamais montré furieux. Les selles étaient nulles, et les cris avaient cessé huit jours avant la mort.

L'autopsie montre l'absence complète de graisse dans les tissus, l'atrophie des organes et l'amincissement des parois de l'estomac et des intestins, mais rien de plus, ni de moins, chez l'un que chez l'autre de ces chiens. D'où les auteurs concluent qu'il n'y a aucune créance à accorder à la vertu alimentaire du bouillon. (*Soc. de biol.*, octobre.)

D'après cette unique expérience, l'observation clinique de plusieurs siècles est donc réduite à néant, comme si l'homme et le chien ne faisaient qu'un, quant à cette absorption du bouillon par le rectum. Or, chaque jour, des faits viennent contredire cette conclusion. En voici deux qui ont toute la rigueur d'une expérience sur l'homme, et qui répondent victorieusement à cette prétention d'assimiler l'homme aux animaux les plus inférieurs.

Un homme très-vigoureux, de trente-deux ans, avale, par inadvertance, trois onces de potasse caustique liquide, le 11 mai dernier. Après trente-neuf jours de traitement, le rétrécissement de l'œsophage était tel, que toute déglutition était impossible. Les plus fines bougies ne pouvaient passer, et, pendant vingt-deux jours, le malade ne fut nourri qu'avec des lavements nutritifs. Ce n'est qu'à cette date que le docteur Whitaker parvint à faire passer une bougie, et que l'on put injecter des aliments dans l'estomac. Malheureusement, une pleuro-pneumonie survint, qui enleva le malade le septième jour, après que le rétrécissement avait été franchi. (*Boston med. and surg. Journal*, octobre.)

Chez une femme regardée comme atteinte d'un ulcère simple de l'estomac, par le docteur Th. Williams, la douleur devint si vive que toute alimentation par la bouche devenait impossible. Il se borna dès lors aux lavements de bouillon, additionnés d'œufs et d'eau-de-vie. Des pilules, avec créosote,

belladone et oxyde d'argent, furent administrées, et, après dix jours de ce traitement, non-seulement les douleurs localisées de l'estomac, la vive sensibilité à la pression et les vomissements étaient disparus, mais la malade avait même augmenté de quelques livres de poids. (*Lancet*, octobre.)

L'expérimentation ne doit donc pas prévaloir ici, et ne pas empêcher les praticiens d'administrer les lavements de bouillon comme auparavant, sauf à les rendre plus nutritifs. Leur absorption étant bien constatée, il est tout aussi légitime et rationnel de penser qu'ils profitent à l'économie, d'après l'observation sur l'homme de plusieurs milliers de médecins, que de prétendre le contraire d'après une seule expérience sur un chien.

LEUCOCYTHÉMIE. ÉTIOLOGIE. De nouvelles observations faites par le professeur O. Bollinger (de Zurich) tendent à éclairer l'étiologie de cette maladie chez l'homme. Après l'avoir constatée anatomiquement en 1871 sur un porc, le distingué vétérinaire suisse relate l'autopsie de deux chiens où elle s'est offerte sous deux phases différentes. Chez le premier, un gros et vieux bouledogue, dont le symptôme principal, pendant la vie, était un gonflement des ganglions lymphatiques à la base du cou avec perte de l'appétit, la proportion des globules blancs était de 5 pour 1 globule rouge, avec hyperplasie de la rate et des ganglions lymphatiques, infiltration leucocythémique des poumons et du foie. Ces mêmes altérations avaient été rencontrées chez le cochon ; mais il y avait de plus chez ce chien une hypertrophie considérable des ganglions bronchiques. C'était un exemple frappant de cette maladie.

Chez le second, au contraire, on ne rencontre qu'une leucocythémie splénique avec lymphome de la rate. La proportion des leucocytes était de 1 pour 30 à 40 globules rouges dans la circulation générale, et de 1 à 10 ou 15 dans la veine splénique. Ce vieux chien n'était pas malade et jouissait d'un bon appétit, lorsqu'il fut sacrifié pour son embonpoint démesuré.

C'est là, pour M. Bollinger, le premier degré de la maladie et un exemple de son origine. La fréquence des vrais lymphomes qu'il a rencontrés dans la rate, chez 10 pour 100 au moins des chiens malades et bien portants qu'il a au-

topsiés, est, d'après lui, le point de départ de la leucocythémie dont le premier cas offre un développement complet.

En rappelant les exemples analogues déjà publiés et observés chez le chien, le chat et le porc, l'auteur établit l'identité de cette maladie avec celle de l'homme dans ses diverses formes. Il n'en est pas de même de celle du cheval qui, en raison de son irritabilité extrême du système lymphatique, comme on l'observe dans la morve et le farcin notamment, est le plus souvent symptomatique et passagère. Il suffit de pratiquer d'abondantes saignées à cet animal pour que les globules blancs égalent presque aussitôt les rouges.

En tout cas, les exemples précédents de leucocythémie idiopathique montrent qu'on ne saurait l'attribuer à la syphilis, aux fièvres intermittentes ou autres maladies dont le chien, le chat et le porc, sont exempts. Les vraies causes chez ces animaux échappent aussi bien que chez l'homme.

On ne saurait davantage l'attribuer à la contagion. A l'exemple de Mosler, le vétérinaire suisse a inoculé, par injection hypodermique dans le thorax d'un jeune chien, une solution du liquide exprimé d'un nodule leucocythémique frais de la rate, sans en obtenir aucun effet. L'animal vécut quatre mois, et fut tué ensuite ; il ne présenta aucune lésion spécifique de la rate, ni des ganglions, non plus que des globules sanguins. (*London med. Record*, nos 73 et 74.)

Rétinite. En observant soigneusement au microscope le fond de l'œil des leucocythémiques, M. F. Poncet a constaté des hémorrhagies ponctuées de 1 à 2 millimètres avec un point blanc central. Elles sont composées de globules blancs répandus dans le nerf optique et dont l'amas comprime les vaisseaux. De là une prolifération abondante des cellules les plus externes du corps vitré et leur dégénérescence colloïde.

Le fait essentiel est l'intégrité absolue de tous les éléments de la rétine. Les fibres du nerf optique sont normales, et tous ses éléments histologiques ont été retrouvés intacts, contrairement à ce qui avait été avancé ; ce qui distingue cette forme de la rétinite albuminurique.

Cette nouvelle description résume toutes celles qui

avaient été données jusqu'ici incomplétement de cette complication de la leucocythémie, et permet ainsi d'en former trois périodes, savoir : celle de la présence des globules blancs dans les vaisseaux sans hémorrhagie, comme Liebreich l'a décrite dès 1861 ; celle des hémorrhagies constatées par Otto Becker en 1869, Perrin et Villemin en 1870, et celle de la formation de véritables tumeurs lymphoïdes rencontrées par Liber et d'autres. Les différentes phases en sont ainsi connues. (*Soc. de biol.*, juillet.)

Malgré cette précision, M. Perrin ne croit pas que l'on puisse admettre cette variété spéciale ni la diagnostiquer à cause de la ressemblance des symptômes avec ceux de la leucémie albuminurique. Appelé à constater l'état des yeux d'un leucémique du Val-de-Grâce ayant des troubles profonds de la vue, il remarqua des deux côtés un état uniformément laiteux de la papille optique. Son défaut de transparence masquait la netteté de ses bords et le contour des vaisseaux. Artères pâles, de volume normal, tandis que les veines volumineuses, sinueuses, d'un bleu foncé, étaient animées de battements très-apparents.

Le champ de la rétine était parsemé de taches ecchymotiques striées sur leurs bords, d'étendue variable, d'un rouge vif comme dans la rétinite albuminurique.

Ces caractères des veines et des artères, en différant de ceux observés par Liebreich, montrent combien ils varient et rendent le diagnostic obscur. (*Soc. de chir.*, avril, et *Gaz. des hôp.*, n° 53.)

LIGATURES. Ligature de la carotide primitive. *Nouveau procédé.* Au lieu d'inciser sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, comme dans le procédé classique, c'est sur le bord postérieur que M. le docteur Rouge commence cette opération. Mettant la tête dans l'extension et tournant la face du côté opposé à celui qui doit être opéré, de façon à faire saillir le muscle satellite, on incise la peau et l'on arrive ainsi directement dans l'interstice musculaire ; en suivant le plan interne du sterno-mastoïdien oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors, on arrive très-rapidement sur le faisceau vasculaire. La veine jugulaire se rejette d'elle-même en avant et la carotide s'isole avec la

plus grande facilité. Elle paraît bien moins profonde ainsi que par le procédé classique.

Cette modification est surtout indiquée dans les cas de tumeur de la partie antérieure du cou et de la thyroïde qui repoussent la carotide en arrière. La ligature peut se faire à toutes les hauteurs et se trouve facilitée par l'écoulement des liquides. La cicatrice est latérale et se trouve cachée par le relief du sterno-mastoïdien. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Suisse romande*, n° 11, 1873.)

Un succès en est rapporté par M. Supple chez une femme de vingt-trois ans. A la suite d'un mal de gorge très-grave, accompagné de fétidité et d'une profonde ulcération, une hémorrhagie profonde se déclare le 21 septembre par cette ulcération. Le nitrate d'argent et le perchlorure de fer ne pouvant la réprimer, M. Supple comprima la carotide qui supprima aussitôt l'écoulement du sang. Avec l'aide du docteur Kealy, il fut résolu de lier cette artère. Une incision de trois pouces de long sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien mit le vaisseau à nu sans grande difficulté et une aiguille à anévrysme, armée d'un long fil de soie, fut passée facilement de dehors en dedans de l'artère et le fil lié dessus. L'hémorrhagie cessa immédiatement. La plaie fut réunie par deux points de suture avec une extrémité du fil dans l'angle inférieur de la plaie.

Les suites furent des plus favorables. La ligature tomba le dix-septième jour dans le pansement. Huit jours après, l'opérée fut transportée à la campagne, à cause de son état délicat, et en est revenue dans une excellente santé. (*Dublin med. Press.*, 18 novembre.)

Ces succès sont assez rares pour enregistrer celui-ci. Malheureusement les détails manquent pour en apprécier toute la portée.

Ligature de l'interosseuse de l'avant-bras. Une balle entrée par la face externe de l'avant-bras gauche, à la hauteur de la tubérosité bicipitale du radius, d'un fusilier du 87ᵉ de ligne, pendant le siége de Strasbourg, ayant donné lieu à des hémorrhagies successives, malgré la ligature de l'humérale en haut, de la radiale et de la cubitale en bas, M. le professeur Michel ne craignit pas de recourir à celle du tronc des interosseuses qui supprima définitivement l'hé-

morrhagie. Cette opération étant généralement regardée comme très-difficile, sinon impossible, il importe de relater le procédé suivi par M. Michel : Tracer une ligne de l'os pisiforme à l'épitrochlée pour avoir la direction de l'interstice du cubital antérieur et du fléchisseur superficiel des doigts. Faire au tiers supérieur de cette ligne une incision de 8 centimètres ayant au centre la tubérosité bicipitale du radius. Diviser l'interstice musculaire jusque près de son extrémité supérieure, et, par la flexion des doigts et du poignet sur le bras, l'on découvre l'origine de la cubitale par l'écartement des muscles. Or, en suivant la face postérieure de cette artère, on aperçoit le tronc des interosseuses accompagné des veines satellites. L'isolement en est délicat et minutieux, mais non impossible, avec l'aiguille d'Astley Cooper et la ligature peut ainsi en être opérée assez facilement. (*Gaz. hebd.*, n° 39.)

Un rapport de M. Gosselin n'a rien objecté ni ajouté à ce procédé. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Ligature de l'iliaque primitive. D'une nouvelle statistique de cette grave opération, dressée par M. le professeur Barbosa (de Lisbonne), à l'occasion d'un cas opéré par lui (voy. ANÉVRYSMES), on en compterait aujourd'hui 45 observations authentiques. Aux 32 cas relatés dans les auteurs classiques, et notamment dans la *Médecine opératoire* de Malgaigne, 8e édition, M. Barbosa en ajoute 9, dont 2 rapportés par S. Gross, 2 autres par Gurlt, 5 par Erichsen et 4 par lui-même. Ceux-ci, généralement peu connus, ont été pratiqués en Portugal, l'un par le professeur Barral, en 1845 ; un second par le professeur d'Almeida (de Porto) en 1867 ; un troisième par le docteur Pitta, à Madère, en 1868 ; et le quatrième est celui dont il s'agit. Tous les quatre ont été suivis de mort ; mais, dans le second, elle ne survint que le soixante-dixième jour après, alors que la ligature était tombée depuis quarante-quatre jours et le volume de la tumeur anévrysmale très-réduit. On comptait sur la guérison, lorsque le transport de l'opéré d'une salle dans une autre détermina une infiltration purulente qui amena la mort.

Dans celui-ci, elle est survenue le huitième jour, déterminée par la septicémie, malgré le transport de l'opéré hors de l'hôpital le septième jour. C'est donc, au total,

33 décès et 12 guérisons seulement sur 45 opérés, soit une guérison sur 3,75. Cette proportion indique assez la gravité de l'opération et la nécessité d'en bien saisir les indications, et surtout de placer les opérés, comme pour l'ovariotomie, dans des conditions spéciales d'hygiène, en dehors de l'infection nosocomiale.

Ligature de la fémorale profonde. — Voy. Hémostase.

Ligature élastique. Employée par M. H. Thompson pour l'ablation d'une tumeur fibro-cystique du sein droit chez une femme nerveuse et de médiocre constitution. Le 21 novembre 1873, il transperça la base de la tumeur avec une forte aiguille et, la divisant ainsi en deux parties, il les lia séparément pour se conformer à la pratique du docteur Dittel, qui considère cette manière comme moins douloureuse et moins dangereuse contre l'infection purulente et autres complications des grands traumatismes (voy. Fistule anale). Une des ligatures se rompit et ne fut pas remplacée. Malgré cette précaution, un érysipèle survint de même et fit interrompre le traitement de l'autre moitié. Elle ne tomba qu'un mois après et la malade guérit. (*Lancet*, janvier.)

C'est le même procédé que celui déjà employé avec l'écraseur, au lieu de la ligature élastique, c'est-à-dire une méthode rapide, instantanée, au lieu d'une méthode lente. — Voy. Cancer, 1872-1873.

Le professeur Peruzzi l'a également employée avec succès contre un abcès enkysté développé sous le péritoine pelvien à la suite d'une opération de fistule anale chez un garçon de vingt-cinq ans. Malgré l'ouverture de l'abcès avec le caustique et l'écoulement du pus, l'état local ne s'améliorait pas et l'état général empirait. Il s'agissait donc de mettre le foyer à nu. L'emploi du bistouri faisant craindre l'hémorrhagie, un trocart courbe à drainage fut introduit par l'ouverture et une contre-ouverture fut ainsi pratiquée ; un fil élastique facilement placé divisa une épaisseur de 9 centimètres de tissus intermédiaires, sans douleur ni accident, en quatorze jours. La guérison eut lieu ensuite facilement. (*Raccoglitore med.*, n° 4.)

C'est contre une tumeur hypertrophique vénérienne du

clitoris, du volume d'une orange et très-vasculaire, que M. Quinlain l'a appliquée à l'hôpital Saint-Vincent de Dublin, chez une paysanne de vingt-sept ans. C'était un véritable chou-fleur avec son pédicule. Il y avait aussi des condylômes à l'anus et ailleurs.

La tumeur gangrenée ne tomba que le cinquième jour et après avoir été resserrée à plusieurs reprises avec la précaution de placer, au-dessus de la ligature, un écheveau de laine ou de coton imbibé d'huile phéniquée et renouvelé trois fois par jour dans le but d'empêcher l'absorption des parties gangrenées. La tumeur était aussi recouverte d'un linge imbibé de permanganate de potasse pour empêcher la mauvaise odeur. (*Lancet*, mars, et *Union méd.*, n° 45.)

M. West, à l'hôpital de la Reine, de Birmingham, l'a employée contre le varicocèle qu'un homme de vingt-deux ans portait seulement depuis quelques semaines. L'auteur ne dit pas quel motif d'urgence l'a engagé à pratiquer cette opération qui n'est employée avec raison en France que si l'on y est forcé par le malade ou par les troubles résultant d'une dilatation variqueuse, datant de très-longtemps. Toujours est-il que, quatre jours après l'opération, la ligature tomba à peu près d'elle-même, et qu'au bout de trois semaines, le malade était complétement débarrassé de son infirmité, les veines ayant été oblitérées par un caillot solide. Il n'y eut pas de suppuration.

Dans le même hôpital, M. West et M. Wilders l'ont aussi employée dans deux cas de *nævus*. La ligature tomba le cinquième jour, laissant une plaie granuleuse de bonne nature dont la cicatrisation amena une guérison complète chez les deux enfants. (*Lancet* et *Union méd.*)

Employée contre la gangrène spontanée du pied gauche chez un vieillard de soixante-dix ans, entré à l'hôpital de Vicence le 6 juin 1874, par M. Grandesso-Silvestri, dans le but d'amputer la jambe au-dessous du genou. La gangrène s'arrêta, en effet, mais pour se montrer sur le membre opposé, au pied, au trochanter, puis aux deux régions lombaires, vers l'épaule droite, et enfin au-dessus du genou gauche, c'est-à-dire au-dessus de la ligature. La mort s'ensuivit. Ce fait n'est donc pas en faveur de l'emploi de la ligature élastique en pareil cas. (*Gazz. med. venete*, n° 41.)

Mais il en avait montré précédemment toute la puissance

en l'employant exclusivement pour l'ablation d'un bras. — Voy. AMPUTATION.

Après l'avoir appliquée dans plusieurs cas, notamment une tumeur vasculaire du front, une tumeur fibreuse pédiculée des grandes lèvres, des hémorrhoïdes et une fistule anale, le docteur Stuart Eldridge, de l'École de médecine de Yokohama, conclut que cette ligature a l'avantage d'être exsangue, de n'obliger qu'à une striction unique et de moins prédisposer à l'infection purulente que les ligatures ordinaires. (*Amer. Journ. of med. sciences.*)

Devant les dangers de cette ligature et les précautions minutieuses à mettre en usage, on se demande s'il ne serait pas plus simple et plus sûr d'appliquer l'écraseur. On cède souvent ainsi à la nouveauté, sans indication spéciale, pour négliger des moyens bien préférables.

LINIMENT OLÉO-CALCAIRE. La composition en a été modifiée par M. Latour, pharmacien principal, en ajoutant à l'huile une solution glycérinée de sucrate de chaux, que tous les pharmaciens devront désormais tenir prête pour préparer extemporanément ce médicament usuel. En voici les proportions :

Huile d'arachides...........................	2 parties.
Glycéré de sucrate de chaux dilué............	1 —

Mêlez en agitant dans un vase à large ouverture.

Les huiles d'amandes douces ou d'olive donnent un mélange moins solide. L'huile camphrée peut les remplacer pour combattre l'odeur de la suppuration.

Employé par M. le docteur Lagarde sur les soldats brûlés par l'explosion de la capsulerie du Mont-Valérien, il s'est montré d'un usage facile, sans douleur, protecteur contre l'action de l'air, sans adhérence à la plaie, calmant, modificateur de la suppuration et cicatrisant.

M. le docteur Muller l'a également employé avec avantage à l'hôpital Saint-Martin dans cinq cas d'érysipèle de la face. Il a un effet sédatif et curatif. Des onctions avec le doigt ou un pinceau de charpie, répétées trois et quatre fois par jour, sont le meilleur mode d'emploi. (*Recueil de mém. de méd. et chir. milit.*, décembre 1873.)

LOUPES. Aux deux variétés du *meliceris* et du *stéatôme*, M. le docteur Gillette en ajoute une troisième qu'il appelle *suifeuse*. Un exemple observé en ville et un autre à l'hôpital Saint-Antoine, montrent que cette variété se distingue par son contenu mixte. C'est un liquide séreux, d'un jaune rougeâtre, contenant de nombreuses paillettes de cholestérine. Une espèce de mastic ou couche suifeuse, à demi-solide, tapisse l'intérieur. Cette loupe est ainsi à la fois solide et liquide. C'est son signe diagnostique différentiel. Elle peut rester solide pendant de longues années, quinze à vingt ans, et ce n'est que par la fonte de ses éléments qu'elle se ramollit et offre ainsi l'apparence d'un kyste simple.

Un traitement différent doit être opposé à ces loupes, suivant l'auteur. La difficulté d'énucléation du méliceris exige l'incision, tandis que la cautérisation peut suffire au stéatôme. C'est un traitement mixte qui convient à la troisième. (*Soc. de méd. de Paris*, 1873, et *Gaz. des hôp.*, n° 27.)

LUXATIONS. *Position spéciale pour la réduction des vertèbres.* Un homme de quarante et un ans s'était affaissé sous le poids d'un fardeau qu'il soulevait sur l'épaule, la poitrine porta sur les genoux, et il fut relevé sans connaissance, avec luxation de la onzième vertèbre dorsale, dont l'épine était fracturée, ainsi que les neuvième, dixième et onzième côtes à leur col chirurgical. Paralysie complète au-dessous de la luxation. Un essai de réduction ayant échoué, même avec l'extension et la contre-extension, le docteur Bliss mit le blessé sur le sol, et, plaçant des aides aux deux extrémités, le tronc fut fléchi fortement en voûte, soutenue par les genoux; et le chirurgien, s'agenouillant, plaça une main sur la vertèbre luxée, dont la réduction s'opéra facilement. La colonne vertébrale reprit sa position normale, et, trois minutes après, le blessé pouvait mouvoir ses pieds. La sensibilité reparut ensuite. La rétention d'urine dura trois jours. Mais aucune complication ne survint, et, sept semaines après, le blessé marchait avec des béquilles, dont il s'aida pendant cinq mois. (*Boston med. and surg. Journal*, n° 10.)

Luxation de la clavicule. Aux quatre ou cinq cas déjà enregistrés de luxation simultanée des deux extrémités, M. le docteur L. Gros en ajoute deux autres; l'un observé

sur un cocher par le docteur Jones à l'infirmerie de Manchester, et le second par le docteur Rombeau sur un homme d'équipe du chemin de fer. Un coup violent derrière l'épaule par le timon de la charrette et le tampon du wagon en fut la cause directe dans les deux cas, sans que l'omoplate fut lésée. L'immobilité du bras et un bandage compressif amenèrent la guérison dans les deux cas. (*Bull. de thérap.*, juin.)

Luxation obstétricale. Une primipare accouchée depuis un mois, l'expulsion ayant eu lieu *tout d'un coup* en présentation du siége, remarqua une petite tumeur sur la poitrine de son enfant. Le docteur Nadaud (d'Angoulême) constata, de concert avec le médecin de la famille, au sommet du sternum, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur dure, disparaissant par la pression, et dont le volume variait avec les mouvements spontanés ou communiqués du bras de l'enfant. C'était une luxation présternale gauche résultant de la compression subite des épaules pendant l'expulsion rapide de l'enfant.

Un bandage immobilisant le bras et l'épaule gauche et comprimant l'extrémité luxée de la clavicule avec des rondelles d'agaric, fut appliqué, mais en vain. La contention était imparfaite. Il suffit d'envelopper le bras dans le maillot pour obtenir une immobilité relative, sans gêner les mouvements respiratoires. La consolidation s'est faite parfaitement sans aucune déformation. (*Bordeaux méd.*, n° 42.)

Plusieurs détails importants manquent dans cette observation. Tels sont le nom de l'accoucheur ou de la sage-femme et le sexe de l'enfant. On ne comprend pas comment une lésion si apparente a pu passer inaperçue pendant la toilette du nouveau-né et avoir été méconnue par la nourrice pendant un mois. Les cris de l'enfant devaient seuls la faire rechercher.

Luxation de l'épaule. *Lésion du nerf circonflexe.* Après la réduction facile d'une luxation intra-coracoïdienne datant de huit jours, chez un alcoolique entré à l'hôpital de la Pitié le 8 septembre 1873, M. le docteur Nicaise constate à l'autopsie, un mois après, une fracture du trochiter détachant les muscles sus- et sous-épineux de l'humérus avec déchirure considérable de la fracture, ce qui expliquait la

reproduction instantanée de la luxation. Le nerf circonflexe était épaissi avec périnévrite, au microscope. (*Soc. de chir.*)

Dans une luxation sous-coracoïdienne suite de chute, comme dans le cas précédent sans doute, le blessé s'aperçut, après une réduction facile, de l'insensibilité du moignon, surtout au milieu de la région externe de l'épaule, à deux ou trois travers de doigt de l'acromion. M. Th. Anger constata l'anesthésie cutanée et la paralysie du deltoïde. Tous les mouvements étaient conservés. Le rameau sensitif du nerf circonflexe avait donc été lésé.

En recherchant d'avance cette paralysie avant la réduction, le chirurgien pourra annoncer que le blessé ne recouvrera pas immédiatement ses mouvements après la réduction, mais par un traitement consécutif. Il sera ainsi à l'abri d'inhabileté ou de maladresse. (*Idem* et *Union méd.*)

Luxation du tendon du muscle tenseur du fascia lata. Une douleur atroce ayant été ressentie au genou droit après un effort considérable, M. le docteur d'Ardennet constate, par l'exploration, une petite tumeur très-douloureuse à la pression en arrière et en dehors du condyle externe du fémur. La sensation d'une corde se dirigeant de haut en bas et de dedans en dehors existe au toucher. Un effort musculaire avait déterminé la luxation du tendon. Il suffit pour la réduire de repousser le tendon déplacé de dehors en dedans en appuyant le pouce de la main droite, tandis que la gauche maintenait le membre. Aussitôt le tendon ramené à la partie antérieure du condyle externe du fémur, toute douleur cessa instantanément et le blessé se mit à marcher sans douleur ni difficulté.

Luxation du muscle tibial postérieur. M. le professeur Martins en a été atteint par le choc de la nacelle à terre, à la suite d'une ascension aérostatique. En étendant le pied pour se retenir, et le fixer à la nacelle, la sensation d'un trait de feu fut perçue par suite de la contraction violente du muscle par action réflexe.

La luxation fut aussitôt constatée par MM. Courty, Ollier, Broca et Poggio. Un gonflement assez fort et douloureux au toucher existait tout le long du bord interne du tibia, de son tiers inférieur jusqu'au-dessous de la malléole; les mouve-

ments de l'articulation étaient libres, mais la station debout et la marche étaient impossibles sans douleur.

La réduction opérée, un appareil silicaté fut appliqué et renouvelé. Trois mois après, le célèbre blessé était guéri. Cette luxation rare est donc moins grave que celle des péroniers latéraux, assez commune, mais dont la réduction ne s'obtient que difficilement par l'emploi prolongé du pansement silicaté. (*Acad. de méd.*, janvier.)

LYMPHANGITE. — Voy. ANGIOLEUCITE.

M

MALADIES. Maladies infectieuses. *Engorgement de la rate.* Tel en serait le signe, suivant le professeur Friedreich. De même que la tuméfaction aiguë de la rate est à peu près constante dans les fièvres intermittentes, le typhus et la septicémie, il l'a observée dans la fièvre typhoïde, l'angine diphthéritique, la variole, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle et dans plusieurs autres inflammations en apparence toutes simples. Telles sont la grippe ou coryza intense et certaines pneumonies graves.

Il en conclut que les substances infectieuses du sang, en passant dans la circulation splénique, irritent la rate et en provoquent ainsi la tuméfaction. C'est donc en examinant cet organe, dans toutes les maladies de nature douteuse, que l'on pourrait, en constatant l'hypertrophie splénique, conclure à leur nature infectieuse. Le moyen serait simple et précieux, si cette signification symptomatique se confirme. Mais il faut attendre et observer. (*Samuelz. klin. Vortræge*, n° 75.)

Maladies contagieuses. *De la nature des maladies contagieuses.* Extinction de la variole et du choléra, brochure in-8° de 29 pages, par le docteur Dély. Tarbes et Paris. librairie *Germer Baillière*. Œuvre d'une imagination ardente qui devance les faits pour les expliquer par la théorie. « Mieux vaut mille fois pour la science une hypothèse, dit-il, fût-elle un peu hasardée, que le silence absolu et le défaut complet d'interprétation » (p. 18). C'est absolument le contraire de

ce qu'enseigne la jeune école positiviste. Toutes les maladies contagieuses sont causées, suivant lui, par un être organisé, plus ou moins perceptible, aussi bien la variole et le choléra que la gale et la teigne ; toute la différence est dans leur nature, leur prolifération. Il explique ainsi la durée de l'incubation. C'est-à-dire que la maladie n'éclate que quand les organismes se sont assez multipliés dans les humeurs pour faire naître les accidents. Le virus ou plutôt le ferment organisé de la variole manifeste ainsi sa présence dans les pustules en se portant au dehors, et il ne s'agit que de l'empêcher en recouvrant la peau du corps pour faire avorter la variole. C'est encore plus simple pour le choléra. Le ferment organisé se portant ici exclusivement dans le tube digestif, il s'agit tout simplement de recueillir toutes les déjections des cholériques dans des linges ou dans des vases, pour les plonger immédiatement dans l'eau bouillante à 100 degrés ; ce serait plus sûr que tous les désinfectants et toute épidémie de choléra serait ainsi arrêtée du coup.

On peut juger par là de la valeur du titre pompeux de ce travail.

Maladies nerveuses. Le docteur Reynolds les divise en 8 groupes :

Celles qui tiennent à un état général dû à une altération qualitative ou quantitative du sang et que l'on peut appeler *hémiques ;*

Celles qui résultent d'un épuisement causé par un excès de travail ;

Celles qui sont dues à des causes physiques : traumatisme, électricité, insolation ;

Celles qui sont produites par des troubles vaso-moteurs ;

Celles qui sont liées à des troubles nutritifs survenus dans le système vasculaire : inflammations, hémorrhagies, thrombose, embolisme ;

Celles qui consistent en altérations trophiques primitives du système nerveux : ataxie locomotrice, atrophie de Cruveilhier, paralysie infantile, etc. ;

Celles qui sont caractérisées par des tumeurs ou des infiltrations ;

Enfin il range, dans une catégorie purement provisoire,

les maladies dynamiques ou fonctionnelles. (*Lancet*, septembre, 1873.)

Maladies articulaires. *Immobilité.* Elle est réclamée impérieusement, selon M. le professeur Courty, dans l'entorse la plus simple jusqu'aux arthrites les plus compliquées, de même que l'attitude naturelle, c'est-à-dire le repos, le relâchement du membre. Un bandage inamovible en est la condition indispensable. Avec ce moyen, il n'a plus vu l'inflammation succéder à la contusion, la foulure ni l'entorse. Plusieurs plaies articulaires ont même guéri facilement. Voici son mode de pansement.

L'articulation est enveloppée d'une compresse recouverte d'onguent napolitain, de pommade à l'iodure de plomb ou de potassium, au précipité rouge ou à la belladone, puis de taffetas ciré ou de caoutchouc mince, et par-dessus une bande de ouate et un appareil silicaté; le membre étant bien placé dans l'extension, sans flexion ni demi-flexion. (*Montpellier méd.*, janvier.) — Voy. RHUMATISME.

Maladie du sel. C'est un état morbide décrit par le docteur Natanson, et caractérisé par l'augmentation du chlorure de sodium dans les sécrétions. La peau est parfois recouverte d'une poussière blanchâtre contenant des hémies de chlorure de sodium et des cristaux de chlorure d'ammonium. Les malades se plaignent d'un goût salé dans la bouche, les lèvres sont sèches, quoique la langue soit lisse et humide; la soif est extrême. Elle se rencontre surtout chez la femme, mais on peut aussi l'observer sur l'homme. (*Gaz. hebd.*, n° 49, 1872.)

Le vague de cette description ne permet guère d'en tirer profit; elle ne peut donc qu'attirer l'attention. Signalons à ce sujet l'analogie de la poudre d'urée rencontrée dans les sueurs des urémiques. — Voy. *année* 1873.

Maladie d'Addison. *Diminution de l'urée; présence de l'indigo.* Un homme de soixante ans et un autre de soixante-douze, traités à la clinique de Bamberger, et ayant bon appétit : trois soupes, viande et légumes, offrirent une diminution notable de l'urée. Analysée par M. Rosenstein, l'urine recueillie pendant plusieurs jours ne donna jamais

plus de 20 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures et parfois 13 grammes seulement. Chez trois malades de vingt-cinq, soixante-sept et quatre-vingt-deux ans, soumis au même régime, elle s'élevait, au contraire, à 26 grammes et même à 36 chez le premier.

Par contre, l'urine des malades à peau bronzée contenait 645 milligrammes d'indigo par litre chez le premier et 753 chez le second, c'est-à-dire onze et douze fois plus que la quantité normale. (*Union méd.*, n°28.) Si ce fait se répète, il s'agirait de rechercher les causes de ces anomalies dans la sécrétion urinaire, car on sait que les capsules surrénales sont le siége de la maladie d'Addison.

Maladies des femmes. *Porte-topique vaginal.* L'action beaucoup trop passagère des injections liquides les a fait remplacer avec avantage, par tous les médecins qui ont réfléchi à cette action passagère, par des topiques solides, mous ou liquides, portés directement sur la partie malade au moyen d'un tampon d'ouate ou de charpie à l'aide du spéculum. Mais il est fort désagréable pour les malades, et souvent impossible au médecin, de faire ces applications aussi souvent qu'il serait nécessaire. De là l'usage des injections liquides que les femmes peuvent se faire seules sans l'intervention du médecin.

Plusieurs instruments ont déjà été inventés pour y suppléer et porter ainsi les poudres sur la partie malade. Tel est le *pulviphore*. M. H. Delisle, ancien interne des hôpitaux, l'a remplacé par le *porte-topique vaginal*, fabriqué par Galante. C'est un cylindre creux à deux valves, en cuir bouilli, réunies à leur extrémité externe par un simple anneau de caoutchouc, les maintenant toujours rapprochées, et entre lesquelles se meut un piston. On dépose dans la valve inférieure, plus grande que l'autre, les poudres, pommades ou les tampons, les éponges, les sachets imbibés ou chargés du médicament, puis les valves rapprochées, bien huilées ou graissées, rien de plus facile que d'introduire l'instrument dans le vagin, en le portant à la hauteur voulue. Son extrémité arrondie, comme la canule vaginale, ne peut jamais blesser. Il suffit alors de presser le piston qui pousse le médicament et qui, en écartant graduellement les valves, le répand le long du vagin ou les

porte sur le col s'il en est besoin. C'est aussi simple que le mécanisme d'une seringue, et l'on peut dire que c'est là une véritable injection de poudre sans l'inconvénient de mouiller les malades ni le danger de se blesser.

S'il s'agit de déposer des sachets, des éponges, des tampons, le fil ou cordonnet, auquel ils sont attachés, est fixé dans une entaille pratiquée dans la rondelle du piston qui ramène ainsi le fil à l'extérieur en le retirant.

Cet instrument a l'avantage de permettre aux malades de répéter elles-mêmes ces applications topiques aussi souvent qu'il est nécessaire. Le médecin peut désormais substituer à une injection liquide celle d'une poudre, d'une pommade, d'un tampon ou d'un sachet médicamenteux, voire même d'un cataplasme, et remplacer l'action passagère et rapide d'un liquide par l'action durable d'un topique permanent. Aussi a-t-il été accueilli favorablement à l'Académie de médecine, aux Sociétés de médecine, de chirurgie et de thérapeutique, où il a été présenté. Ses différents diamètres permettent de l'adapter à tous les cas et son bas prix le rend accessible à toutes les bourses.

MANIE. *Apomorphine en injections sous-cutanées.* Suivant une communication du docteur Gellhorn (de Halle) à la *Société psychiatrique de Berlin,* il a pratiqué 400 injections hypodermiques d'apomorphine chez 35 maniaques et 2 mélancoliques. La dose est de 6 à 8 milligrammes au moins, et de 18 à 37 au plus. Chez les personnes faibles et anémiques, il faut débuter par des doses faibles, à moins de produire un collapsus dangereux. On doit les élever graduellement, car une certaine tolérance s'établit.

Contre une manie périodique, quatre injections ayant été faites, dès le quatrième accès, les journées furent plus tranquilles et les nuits meilleures. A l'accès suivant, neuf injections furent pratiquées, l'agitation fut moins intense et ne se reproduisit plus.

Chez un autre maniaque, faible d'esprit, la gaieté revint après la première injection, et il reconnut l'erreur de quelques unes de ses idées. A la septième, il put se livrer au travail avec intelligence, et l'excitation ne dura plus ensuite qu'un ou deux jours.

Dans 3 autres cas, il n'y eut d'autre effet que le sommeil,

immédiatement après l'injection. Il y eut guérison subite, huit jours après la dernière injection, dans un quatrième cas semblable.

Dans 7 cas de manie périodique, l'accès ne fut jugulé que dans un seul. Il y eut diminution de la durée et de l'intensité dans tous les autres.

Dans 10 cas de manie chronique, un seul malade, le plus agité, en éprouva un peu de calme.

Les monomaniaques exaltés et les mélancoliques n'en éprouvèrent qu'un calme momentané sans action sur le cours de la maladie.

Ce nouveau médicament peut donc prendre place à côté du chloral, comme sédatif dans les psychoses, car il s'est montré sans effet toxique. Dans un seul cas, l'appétit en a été troublé, et un vieillard en a ressenti des vertiges et une prostration prolongée. Aucune irritation locale ne s'est manifestée.

Comment concilier ces résultats avec les vomissements constants qu'en ont obtenus, même à très-faible dose, tous ceux qui ont depuis employé l'apomorphine? — Voy. *ce mot.*

MÉDECINE. *Clinique médicale*, par M. le docteur Gueneau (de Mussy), médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8°, t. Ier, Paris.

Mise en ordre des leçons faites par le célèbre clinicien au lit même du malade et à l'amphithéâtre, avec une introduction sur la doctrine et la méthode de la médecine clinique. Si le doctrinaire se rallie aux anciennes idées vitalistes, ce n'est que pour y sacrifier dans son Introduction; car, comme clinicien et thérapeutiste, c'est un guide prudent et habile auquel on peut s'abandonner sans crainte.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, par E. Leudet, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, professeur de clinique, etc.

Ces leçons cliniques, écrites pour ainsi dire au lit du malade, portent en elles l'empreinte de la méthode rigoureuse de Louis, dont M. Leudet a été l'un des élèves les plus distingués et les plus chers.

Médecine légale. *Critérium physiologique.* Le crédit

accordé à ce moyen, par la toxicologie moderne, pour reconnaître et constater la présence des poisons organiques est trop absolu ; c'est un moyen infidèle, selon MM. Pietro Albertoni et Philippe Lussana. Appelés dans le cas de mort subite des deux sœurs Rizzo à employer l'extrait concentré des viscères sous les différentes formes et les divers animaux indiqués par le professeur Tardieu, ils ont constaté des phénomènes paralytiques chez le chien et la grenouille en particulier, ne se rapportant à aucun poison organique connu, tandis qu'ils ont reproduit assez uniformément ces symptômes par l'extrait concentré de viscères sains. Et montrant que l'action de la chaleur et de l'alcool neutralise infailliblement les virus putride ou septique des substances animales, comme Quaglino et Manzolini l'ont indiqué dans leur ouvrage, ils concluent que l'injection sous-cutanée et veineuse aux animaux réactifs de l'extrait concentré des substances animales donne lieu à des symptômes toxiques graves par les substances extractives qu'il contient, comme la créatine et la créatinine, la leucine, la thyrosine, la cholestérine, etc., etc. C'est ainsi que l'extrait de viande de Liebig, injecté dans les veines d'animaux, à été reconnu toxique par divers auteurs : Meissner, Pearls, Beglaski, Bongolowski et d'autres. On devra donc se mettre en garde à l'avenir contre cette source d'erreur, dans les réactions que l'on cherche à obtenir par le critérium physiologique. (*Gazz. med. Venete* et *Ann. d'hyg. publique et de méd. légale*, juillet.) — Voy. Sang.

Lueur produite par les armes à feu. Requis judiciairement de déterminer expérimentalement si la lumière produite dans l'obscurité par une arme à feu peut éclairer suffisamment pour permettre de reconnaître l'auteur de la déflagration, M. le docteur Cauvet, pharmacien en chef à l'hôpital de Constantine, a institué une série d'expériences avec différentes armes et différentes poudres, desquelles il résulte que, en se plaçant à cinq pas de l'arme et un peu latéralement de la ligne du tir, on entrevoit à peine le tireur avec un fusil à capsule, tandis qu'on le voit parfois, sans le reconnaître, avec un fusil à pierre ; mais qu'avec un fusil arabe, chargé par un Arabe, on peut voir celui qui tire sans pouvoir affirmer qu'on l'a reconnu.

Avec un pistolet à capsule, on voit celui qui tire sans le reconnaître, de même qu'avec un pistolet à pierre et un pistolet arabe.

On peut donc voir et reconnaître un meurtrier qui tire avec un pistolet très-près de vous; mais la position influe beaucoup à cet égard.

Un coup de pistolet chargé par un Arabe doit permettre de reconnaître et de distinguer le tireur, s'il est dans un endroit clos d'une faible grandeur, s'il est debout ou accroupi et s'il tire sans viser.

La qualité de la poudre influe beaucoup sur l'éclat de la déflagration. Avec de la poudre anglaise et même arabe, si la charge est forte, l'éclat de la déflagration est assez vif pour permettre de voir et de reconnaître le meurtrier, si celui-ci est près de sa victime et un peu de côté. (*Ann. d'hyg. publique et de méd. légale*, juillet.)

Trattato di medicina legale, par M. Secondo Laura, professeur de médecine légale à l'Université de Turin, et membre du Conseil de salubrité, etc., 1 gros volume in-8° de 900 pages. Turin. Traité complet basé sur le Code italien, et distribué en huit parties sous les titres suivants : *Le Médecin et le Clinicien*, *Médecine légale génitale*, *Traumatologie*, *Embiologie*, *Toxicologie médico-légale*, *Paranologie*, *Simulations*, *Microscopie*, *Tableaux et rapports*. Sous ces différents points, il est donc intéressant à consulter pour comparer la législation italienne avec celle des autres pays.

MÉLANÉMIE. Fondé sur la doctrine encore contestée de la migration des leucocytes, M. le professeur Colin n'admet plus que les dépôts mélaniques soient le résultat de la transformation sur place de l'hématosine de la matière colorante des globules rouges. Considérant qu'ils s'observent surtout dans les parois vasculaires, dans la trame des capillaires, surtout ceux du cerveau, avec la même couleur brune ou noire que celle du sang, il croit que les leucocytes, en s'en imprégnant, déposent, abandonnent ce pigment, après avoir traversé les parois vasculaires. Dans le sang, en effet, les granulations pigmentaires ont été le plus souvent rencontrées dans les leucocytes ou dans une substance hyaline qui constitue une zone transparente autour d'eux. C'est donc

là une nouvelle interprétation pathogénique qu'il s'agit d'étudier. (*Soc. méd. des hôpit.*, décembre 1873, et *Union méd.*, n° 4.) — Voy. Tumeurs mélaniques.

Étude clinique et anatomique sur le sarcôme de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire, par le docteur L. Brière (du Havre), ancien chef de clinique de M. Sichel. 1 vol. in-8° de 256 pages, avec 4 planches lithographiées et 5 tableaux statistiques. Paris.

Excellente monographie de la mélanose intra-oculaire utile à consulter.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. *Symptomatologie différentielle.* En relatant les altérations anatomo-pathologiques d'un cas qu'il a observé, le docteur Dowse trace le tableau comparatif suivant des caractères différentiels de la forme épidémique avec la forme sporadique, qu'il appelle aussi de la base du cerveau :

FORME ÉPIDÉMIQUE.	FORME SPORADIQUE.
Attaque soudaine sans aucune cause prédisposante spéciale.	Attaque graduelle ressemblant au début du rhumatisme aigu.
Origine contagieuse ou infectieuse en apparence.	Provient ordinairement de l'exposition au froid, à la fatigue, aux privations.
Sens affectés dès le debut.	Sens affectés seulement à la dernière période.
Spasmes excito-moteurs toniques d'un ou plusieurs muscles avec perte du sens musculaire et cutané.	Incoordination des mouvements avec fourmillements cutanés, anesthésie partielle, hyperalgie musculaire sans spasmes tétaniques.
Fréquents mouvements réflexes.	Rares mouvements réflexes.
Vomissements fréquents et incoercibles.	Vomissements rares.
Température n'excédant pas 100 degrés Fahren.	Température s'élevant jusqu'à 105 degrés Fahren.
Macules purpurines diffuses et générales.	Absence de macules diffuses.
Mort arrivant ordinairement dans le coma.	Mort arrivant par apnée.
Pronostic grave.	Pronostic plein d'espoir.
Fausses membranes s'étendant sur les circonvolutions cérébrales supérieures et les colonnes postérieures de la moelle épinière.	Fausses membranes à la base du cerveau et des colonnes antérieures de la moelle épinière.

Les symptômes, aussi bien que les lésions anatomiques.

différencient donc complétement ces deux formes de la méningite cérébro-spinale. (*Soc. méd. de Londres*, 22 décembre 1873.)

Ophthalmie symptomatique. C'est un signe spécial, selon le docteur Brownrigg, qui apparaît dès le troisième ou le quatrième jour, et qu'il considère comme une diffusion de l'inflammation cérébrale sur le nerf optique. Un œil s'enflamme d'abord, tandis que les membres inférieurs et supérieurs du côté opposé sont dans un état convulsif ; la paralysie y succède, tandis que l'ophthalmie augmente, sans qu'il y ait lieu de penser à une myélite. L'autre œil se prend également, en même temps que les membres du côté opposé se convulsent et se paralysent. Les enfants présentent surtout ce phénomène régulier.

Les caractères de ce symptôme important sont d'abord une injection légère de la conjonctive, dont la rougeur augmente graduellement. De floconneuse d'abord, la sécrétion devient purulente, de plus en plus fluide, et reste constamment très-blanche. L'œil s'enfonce dans l'orbite et s'aplatit. Ces signes indiquent la nature des convulsions.

Traitement. M. le docteur Debauge vante le sulfate de quinine en lavements, quatre par jour, à la dose de 1 à 3 grammes, suivant l'âge des malades. Il y associe le bromure de potassium, comme sédatif. Contre une méningite par insolation, chez une fille de cinq ans, la guérison a suivi l'emploi d'un gramme de sulfate de quinine ainsi administré. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

MERCURE. *Action.* Contre l'opinion générale qu'il anémie et appauvrit le sang, plusieurs expériences chimiques et animales se sont déjà élevées. M. Grassi a ainsi trouvé le sang de plus en plus riche (voy. *année* 1868). M. Rabuteau dit aussi que des animaux ont engraissé par l'usage de faibles doses de mercure, et voici un fait clinique qui vient hautement démontrer cette action.

Un homme de trente ans, lymphatico-nerveux, porte un chancre induré contre lequel M. le docteur Armaingaud prescrit la liqueur de Van Swieten et le chlorate de potasse à l'intérieur, puis en gargarismes contre des plaques mu-

queuses qui se montrent aussitôt dans la bouche et le pharynx. Une roséole couvre aussi la poitrine et l'abdomen.

Trois semaines après le début de ce traitement, le malade, ordinairement maigre, a tellement engraissé qu'il est méconnaissable : la figure, maigre et osseuse, est devenue pleine, et le teint pâle est devenu rouge et animé, malgré le ptyalisme léger qui existe. Les plaques muqueuses, la roséole, la diarrhée avaient disparu, mais les cheveux et les sourcils se raréfient. L'appétit est excellent, et, devant cette parfaite tolérance du mercure, l'usage en est continué. Quinze jours après, la stomatite oblige d'en suspendre l'emploi, et, un mois après, la poitrine et l'abdomen sont doublés de tissu adipeux si abondant que les formes, très-anguleuses, se sont notablement arrondies. Ce n'est pas de l'obésité, mais un embonpoint très-remarquable, sans que l'alimentation ni le genre de vie du malade à la campagne puisse rendre compte de l'engraissement.

Des céphalalgies violentes étant survenues au mois d'avril, le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, dont il prit 20 grammes en quinze jours. L'engraissement, qui était resté stationnaire depuis la cessation du mercure, n'a pas diminué depuis, et il était encore tel un an après le début du traitement.

Pour vérifier si ce fait était le résultat du mercure, M. Armaingaud a mis deux lapins en expérience. Après les avoir préalablement pesés rigoureusement, des doses progressives d'une solution de sublimé, en commençant par un décimilligramme jusqu'à six, ont été données chaque jour. L'appétit était excellent, mais l'amaigrissement très-notable faisait chaque jour des progrès, et, après vingt jours, ils mouraient tous deux, à quelques heures d'intervalle, dans une profonde émaciation. (*Bordeaux méd.*, n° 45.)

Cette expérience est donc contradictoire avec le fait clinique dans lequel il ne faut voir évidemment qu'une très-rare exception.

Empoisonnement. L'élimination de beaucoup de médicaments par les reins est une condition absolue de l'imperméabilité intégrale de ces organes. Autrement, l'agent médicamenteux reste, s'accumule, s'emmagasine, comme on dit, dans l'organisme et produit un véritable empoisonne-

ment. De là le danger d'administrer la digitaline dans le cas d'albuminurie. M. Bouchard, qui l'a démontré, a observé aussi un cas d'empoisonnement mercuriel par cette cause chez un homme qui avait subi autrefois l'intoxication saturnine, comme l'autopsie l'a montré. A la suite de frictions mercurielles à la partie interne des cuisses, exempte d'éruption, une stomatite mercurielle très-intense se déclara avec diminution des urines au huitième environ de l'état normal, ainsi que de l'urée et des autres principes constituants. Il n'y avait que 54 à 60 centigrammes d'urée dans 150 centimètres cubes d'urine en vingt-quatre heures. Il y avait en outre des traces d'albumine et de sucre.

La mort, survenue huit jours après, dans un accès convulsif éclamptiforme suivi de coma, montra des traces de syphilis et de tuberculisation pulmonaire, mais surtout une imperméabilité des reins par l'oblitération des veines et des artères, l'atrophie des tubes et la lésion des capsules de Müller. Le sang contenait dix-sept fois plus d'urée et trois fois plus de matières extractives qu'à l'état normal. M. Daremberg a en outre trouvé du mercure dans les reins et le cerveau, ainsi que des traces de plomb dans ce dernier organe. (*Soc. de biol.*, juin 1873.)

Poison musculaire. A voir l'arrêt du cœur se produire après l'administration des composés mercuriels, on avait considéré cet agent comme un poison cardiaque, sans spécifier sur quels éléments de cet organe il agissait. Précisant davantage, M. Rabuteau a montré que ce n'était pas plus là un poison cardiaque que tous les autres prétendus tels; que l'arrêt du cœur résultait simplement de l'action générale exercée sur le système musculaire. Un centigramme de bichlorure de mercure injecté sur le dos d'une grenouille détermine la diminution de l'excitation électrique des muscles des pattes en même temps que le cœur se ralentit. S'il s'arrête le premier, c'est que le poison a été porté en plus grande quantité à son contact immédiat; la contractilité des muscles des membres ne persiste après que par son action indirecte. La preuve en est dans l'expérience suivante :

5 milligrammes de sublimé injectés dans les flancs, à la racine des membres postérieurs, déterminent bien plus vite

la paralysie de ceux-ci et le contraire pour le cœur. Ce résultat est frappant en liant un des membres inférieurs, moins le sciatique. Les autres ne se contractent plus, alors que celui-ci exécute encore des mouvements rapides et énergiques par l'électrisation. Cette expérience renouvelée avec le biiodure de mercure, plus diffusible que le bichlorure, a donné les mêmes résultats. Le cœur est arrêté, alors que le membre lié reste seul sensible à l'excitation électrique.

L'intoxication aiguë avec les sels de mercure abolit donc la contractilité musculaire et respecte les propriétés des nerfs moteurs, comme celle de divers autres sels métalliques : le potassium, le calcium entre autres. L'intoxication chronique, au contraire, diminue le nombre des globules rouges et produit l'anémie. (*Idem*, novembre 1873.)

Élimination. Le docteur Byasson, expérimentant sur lui-même avec le bichlorure de mercure, est arrivé aux conclusions suivantes :

Le bichlorure de mercure pris par la voie stomacale peut être décelé dans l'urine environ deux heures après son ingestion. Il apparaît dans la salive environ quatre heures après avoir été ingéré. Il ne paraît pas pouvoir être retrouvé dans la sueur. Vingt-quatre heures après l'ingestion d'une dose déterminée de ce sel, l'élimination peut être considérée comme complète. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*)

MORT. *Signes*. La fondation de deux prix considérables par le marquis d'Ourches pour la découverte de signes certains de la mort a amené un concours de travaux remarquables devant l'Académie de médecine dont il est utile de donner ici l'indication sommaire résultant du rapport de M. Devergie.

Le prix de 20 000 francs ne pouvait être accordé qu'à l'auteur d'un *moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable la mort réelle et pouvant être employé par de pauvres villageois sans instruction*. Deux signes ont été indiqués à cet effet. Le premier est l'état parcheminé de la peau à la suite de frictions pendant une minute avec un mouchoir dur mouillé, une brosse quelconque ou le dos d'un couteau. 78 expériences sur des morts de diverses affections, âgés de neuf à soixante-cinq ans, sous des tem-

pératures variant de 5 à 18 degrés, avaient amené la dessiccation de la peau dans un espace de temps de trois à six heures le plus souvent. Mais le contrôle des membres de la commission, en donnant beaucoup de faits négatifs, n'a pas permis de reconnaître à ce moyen une valeur absolue.

Le second est dû au hasard. C'est l'apparition de phlyctènes à la plante des pieds lorsqu'ils sont placés devant le feu. Elles se remplissent de sérosité s'il y a vie et de vapeur seulement qui détonne avec un certain bruit s'il y a mort. Il suffirait donc d'approcher la pulpe d'un doigt de la flamme d'une bougie, d'une chandelle, d'une lampe, un fer rougi, un charbon, pendant dix à quinze minutes, sans toucher la peau, pour juger du phénomène. Mais on comprend tout ce que l'exécution de cette épreuve a de délicat et combien le pauvre paysan ignorant serait inapte à la faire et à en juger.

L'Académie n'a donc pas décerné ce prix, mais elle a accordé une *mention très honorable* à l'auteur du premier moyen, M. Weber, professeur de médecine légale à l'Université de Leipzig, et une récompense de 500 francs à M. Martenot (de Cordoue), chirurgien militaire français, comme auteur du second.

Le prix de 5000 francs se rapportant à l'emploi de l'électricité, du galvanisme ou tout autre procédé applicable par l'homme de l'art, concernait plus particulièrement les divers moyens déjà usités. C'est ainsi que M. le docteur Molland, médecin des hôpitaux de Paris, ayant observé 15 146 décédés dans toutes les conditions de maladies, de morts accidentelles ou volontaires, même sur le champ de bataille, pour examiner la valeur comparative des différents signes, a constaté que *les lividités cadavériques* étaient un caractère constant et qui n'a jamais fait défaut. C'est donc un signe certain qui apparaît peu de temps après la mort Un prix de 2000 francs lui a été accordé.

C'est à la contractilité fibrilleuse du muscle et à la rigidité cadavérique que M. le docteur Larcher (de Passy) a borné ses recherches sur le cadavre. Mais il a découvert, en les faisant, un nouveau signe certain de la mort, signalé seulement par M. Sommer (de Copenhague). C'est la tache ambrée et grisâtre qui apparaît sur la sclérotique à la partie externe de la cornée transparente, puis à la partie interne et ensuite à toute sa circonférence. Sans être un phénomène de pu-

tréfaction, comme l'admet l'auteur, mais un phénomène d'exosmose suivant M. Colin, le fait n'en a pas moins sa valeur. Il l'a constaté dans 900 cas environ. Il se rencontre pourtant chez les cholériques avant la mort, dit M. Gubler. Néanmoins la commission accorde un prix de 500 francs pour cette découverte.

Un signe tout aussi positif et beaucoup plus rapide est la *décoloration générale du fond de l'œil* qui apparaît à l'ophthalmoscope comme le premier phénomène d'arrêt de la circulation capillaire. Tandis que, pendant la vie, l'ophthalmoscope le montre d'un rouge intense, il pâlit et devient d'un blanc jaunâtre à l'instant de la mort. Ces observations originales de M. Poncet, chirurgien militaire, ont été *mentionnées très-honorablement.*

L'examen de la température avec le thermomètre ou plutôt l'instrument spécial appelé *nécromètre* et fabriqué à cet effet, introduit dans le rectum ou placé dans l'aisselle, a fourni deux autres mémoires, desquels il résulte que la température de 27 à 28 degrés survenue graduellement est un signe certain de mort. Plus de 1000 constatations chez l'homme et les animaux par M. le docteur Linas, et de nombreuses expériences chez l'homme et les nouveau-nés par M. Bouchut, à l'hôpital des Enfants, leur ont fait accorder à chacun un prix de 1000 francs. Une température ambiante élevée pourrait seule atténuer ce signe, dit le Rapport ; mais la fermentation, c'est-à-dire la putréfaction, peut aussi la modifier au moins localement par le calorique qu'elle développe. M. Gubler, au moment de procéder à l'autopsie d'un Hollandais, mort depuis vingt-quatre heures, a trouvé ainsi le ventre très-chaud à la palpation malgré la saison froide et la teinte verdâtre, signe d'une putréfaction avancée (*Journ. de pharm. et de chim.*, janvier). C'est donc au moins là une condition cadavérique dont il faut tenir compte.

D'autre part, l'abaissement graduel de la température peut tomber jusqu'à 22 degrés centigrades sans que la mort soit réelle, comme M. Chauffard en a cité un cas chez une femme trouvée inanimée dans la rue, et qui, réchauffée à l'hôpital, revint pourtant à la vie.

Une autre *mention honorable* a été accordée à M. Vasseur, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour son application de ventouses au creux de l'estomac aussitôt après la cessation

des battements du cœur. La peau, susceptible encore d'être congestionnée, donne alors du sang sous la lame du scarificateur ; tandis que, morte un peu plus tard, elle n'en donne plus, comme il l'a constaté par de nombreuses expériences.

Enfin M. Crimotel, en perfectionnant les appareils électriques propres à la constatation des décès, a obtenu un *encouragement*.

Deux vœux plus importants ont été émis pour la constatation certaine de la mort. C'est la constatation légale des décès par des médecins instruits. Par cette épreuve seule, les moyens précédents et d'autres étant mis à contribution dans toutes les communes de France, pourront être vérifiés et contrôlés, et acquérir ainsi une valeur définitive. Une statistique de la mortalité générale de la France et de ses causes en serait de plus l'heureux résultat. (*Acad. de méd.*, décembre 1873 et mars.)

Mais, comme l'a fait remarquer M. Colin dans la discussion, c'est bien plutôt sur les signes de la mort apparente que sur ceux de la mort réelle que les recherches devraient porter. Dans la léthargie, par exemple, il s'agirait de déterminer si les signes invoqués pour la mort réelle et jusqu'aux lividités par hypostase ne peuvent se rencontrer, comme l'extrême abaissement de la température. Dès que la circulation est arrêtée, comme dans la mort apparente, les actes chimiques de calorification ne pouvant plus s'accomplir, tous les phénomènes de mort peuvent se présenter, sinon la décomposition et la fermentation putride. Les recherches des observateurs, pour être profitables, devront donc être dirigées dans ce sens à l'avenir pour constater quels sont les signes de la mort réelle ou considérés comme tels qui ne se rencontrent pas dans la mort apparente, afin d'en faire des éléments positifs de distinction. (*Idem.*)

Pneumatose des veines rétiniennes. Au moment de la mort, il se dégage du sang veineux, selon M. Bouchut, des gaz qui s'y trouvent normalement emprisonnés et qui forment une pneumatose des veines. Celle des veines rétiniennes est facilement appréciable avec l'ophthalmoscope et constitue un signe immédiat et certain de la mort. Elle est indiquée par l'interruption de la colonne sanguine, phéno-

mène comparable à la colonne interrompue d'un thermomètre à alcool coloré. (*Acad. des sciences*, mars.)

Contracture des mâchoires. Elle serait un des meilleurs signes, selon M. le docteur Labordette (de Lisieux), pour distinguer la mort réelle de la mort apparente. Cette contracture cesse avec la vie pour ne reparaître qu'avec la rigidité cadavérique.

Si donc on est appelé à constater la mort peu de temps après qu'elle est arrivée, le spéculum laryngien introduit se retire avec facilité et la bouche reste béante. Cette non-rétraction coïncide toujours avec celle des membres. Dans le cas de mort apparente, au contraire, le resserrement des mâchoires persiste et la bouche se referme dès qu'on retire le spéculum. Ce sont donc là deux nouveaux moyens à mettre simultanément en usage. (*Acad. de méd.*, juin.)

La mort a lieu pendant et après l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, suivant M. Pozzi, par la syncope résultant de l'hémorrhagie et le rétrécissement de la cavité crânienne, par la destruction de la base du crâne. — Voy. POLYPES.

La mort subite puerpérale, par le docteur Hipp. Barella, correspondant de l'Académie de médecine de Belgique, médecin aux charbonnages de Mariemont et de Bascoup, suite et complément de l'ouvrage du même auteur sur les *maladies organiques du cœur*, lesquelles subissant l'influence de la grossesse, déterminent fréquemment la mort. Étudiant le mécanisme d'après lequel elles produisent la mort subite, l'auteur passe successivement en revue chacune de ces altérations : péricardite, myocardite, hypertrophie, anévrysmes partiels des parois, anévrysmes valvulaires, dilatation, cœur gras, rupture des artères coronaires, tumeurs, affections des valvules et des orifices, ruptures traumatiques des valvules. Cette partie n'est pas spéciale à la femme dans l'état puerpéral, elle est commune à tous les porteurs d'affections cardiaques.

L'état du sang de la femme enceinte étant un état à part, spécial et sans analogue dans l'économie, on comprend avec M. Larcher que les grossesses multiples prédisposent au dé-

veloppement des affections organiques du cœur, par l'hypertrophie temporaire du ventricule gauche qui se produit et que, si les grossesse se suivent de trop près chez une femme, le cœur n'a pas le temps de revenir à ses conditions normales et l'hypertrophie physiologique et temporaire devient définitive.

Partant de ces considérations, l'auteur *croit avoir trouvé contre un certain nombre de cas de cette espèce un moyen prophylactique dans la saignée*, et cherche à prouver qu'*on parviendra parfois, par une saignée faite à propos pendant la grossesse, à prévenir la mort subite par formation d'un caillot ou par embolie.*

Les causes de mort subite par lésions du système respiratoire et du système nerveux sont de même étudiées. C'est donc une monographie complète de ce redoutable accident qui en tuant la mère tue le plus souvent l'enfant, ou le laisse sans son appui le plus nécessaire à son existence.

Di un mezzo semplice, facile, pronto e sicuro per distinguere nell uomo la morte vera dall' apparente.

Mémoire sur un moyen simple, facile, prompt et certain de distinguer la mort vraie de la mort apparente de l'homme, par M. le docteur A. Monteverdi (de Crémone), brochure in-4° avec six planches oléographiques; Crémone. Ce signe n'est autre que la tache ovale, d'un rouge vineux, que l'injection de l'ammoniaque sous la peau détermine chez l'homme vivant en raison de l'irritation qui en résulte, tandis que rien de semblable ne se produit sur le cadavre en raison de la cessation même de l'absorption et de la vie. La coloration de la peau est seulement changée par une teinte sale. Autant la première se produit rapidement, autant la seconde est lente à se manifester; mais l'auteur n'a jamais expérimenté que sur des agonisants ou des cadavres plus ou moins récents sans le faire dans le cas de mort apparente, état intermédiaire bien différent. Or, l'épreuve ne donnant pas des résultats très-distincts, d'après les planches même, on peut se demander si elle réussirait dans l'état de mort apparente. C'est probablement ce qui a fait rejeter ce moyen à la commission du prix d'Ourches, à laquelle il a dû être soumis.

MYCÉTONE. Nom nouveau sous lequel M. Vandyke Carter, médecin militaire anglais ayant longtemps pratiqué dans l'Inde, désigne le pied de madura ou pérical (voy. *année* 1866), maladie endémique dans une partie de l'Inde anglaise. Il la désigne ainsi pour indiquer une tumeur résultant des végétations d'un simple parasite organisé de la nature des champignons dans les tissus humains. C'est à démontrer la nature fongoïde de cette affection de l'Inde que l'auteur a consacré un long mémoire sous ce titre : *On Mycetoma*, ou la maladie fongueuse de l'Inde. Londres, Churchill.

MYCOSE INTESTINALE. Nom donné par les Allemands aux affections parasitaires de l'intestin. Sept observations recueillies par le professeur Wagner (de Leipzig), lui ont montré qu'elle se produit dans les mêmes conditions que le charbon et la pustule maligne et peut exister simultanément. Dans tous ces cas, suivis de mort rapide, il s'agissait de selliers ayant travaillé les crins venant de la Russie et de la Sibérie, et autres produits animaux déterminant le charbon. Les fabricants de brosses et les employés d'abattoirs y sont surtout exposés. Dans un cas, les bactéries de l'intestin étaient les mêmes que celles d'une pustule maligne existant simultanément. D'où la conclusion que ce parasite est introduit directement par la bouche de ces ouvriers en mangeant au milieu de leur travail.

L'examen microscopique montra que la muqueuse gastrique n'était infectée qu'une seule fois de bactéries. Le plus grand nombre se trouvait dans les replis et les insertions mésentériques de l'intestin grêle, ainsi qu'à l'origine du gros intestin, sans localisation précise limitée. Le parasite s'attaque d'abord à l'épithélium, puis à la muqueuse, et enfin dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins, où il détermine de l'hypérémie et des hémorrhagies.

Le péritoine contient également des éléments parasitaires qui, transportés par les vaisseaux dans les ganglions lymphatiques du mésentère et du mésocôlon, y produisent les mêmes lésions. Le sang contient une accumulation de bactéries filiformes avec des leucocytes agglomérés.

Des altérations emboliques du cerveau existaient dans deux cas sans rien de caractéristique dans les autres or-

ganes, sinon l'hypérémie et les hémorrhagies. Il est remarquable que la rate n'est pas toujours malade. (*Arch. der Heilkunde.*)

MYÉLITE. Il résulte des expériences de M. le docteur Hayem que l'arrachement et la résection du nerf sciatique chez le lapin amène par propagation une myélite centrale qui peut se généraliser. Elle se caractérise par une dégénérescence atrophique des cellules nerveuses de la substance grise.

Ainsi s'expliquerait le développement de cette grave maladie chez l'homme à la suite de plaies, contusions, tumeurs ou autres lésions d'un point du système nerveux plus ou moins éloigné. Sa généralisation s'expliquerait de même par l'irritation traumatique. C'est la névrite ascendante de M. Duménil. L'atrophie musculaire en est la conséquence naturelle par l'influence trophique des cellules. L'étiologie de la paralysie atrophique de l'enfance et de l'âge adulte, de l'atrophie musculaire progressive, reçoit par là de nouveaux éclaircissements. (*Acad. des sc.*, février.)

Cautère actuel. Dans la myélite aiguë progressive, le docteur Busch dit avoir obtenu de très-bons effets de pointes de feu appliquées de chaque côté de l'épine dorsale sur la hauteur du rachis (*Berl. klin. Wochens.*, 1873). C'est l'équivalent des moxas fort employés autrefois et à peu près abandonnés aujourd'hui à cause de la souffrance prolongée qu'ils déterminent.

Myélite aiguë. Après quinze jours environ de sensation d'affaiblissement général et de grande fatigue, douleurs de reins et céphalalgie, perte d'appétit et de sommeil, un homme de vingt-trois ans est admis à l'hôpital de la Pitié, le 18 août. Après quelques frissons erratiques et augmentation des symptômes précédents, portés jusqu'à l'engourdissement, la paralysie des membres inférieurs survient avec difficulté de la miction.

Tous ces symptômes, observés et relatés par M. Martineau, augmentèrent si rapidement, que le malade succombait le 21 dans un état de paralysie complète.

A l'autopsie, la moelle est ferme dans toute son étendue

et ses enveloppes saines, la substance grise seule est congestionnée, surtout au niveau des cornes antérieures, myélocytes nombreux au microscope, granulations fines, cellules nerveuses rares, pas de corps granuleux. Après durcissement, ces altérations sont limitées à la substance grise. Les cellules nerveuses des cornes antérieures ont presque complétement disparu ; il y a prolifération de myélocytes. La substance grise des cornes postérieures offre une multiplication analogue moins abondante. La substance blanche est tout à fait intacte. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, février, et *Union méd.*, n° 30.)

Le caractère spécial de ce fait est la limitation des lésions à la substance grise, car dans la myélite aiguë des cornes antérieures, dont la symptomatologie est la même que dans ce cas, la substance blanche participe à ces lésions. Sans en faire une variété spéciale, on peut donc dire que des lésions anatomiques différentes produisent les mêmes effets.

Myélite centrale. C'est une myélite aiguë diffuse, suivant M. Hayem, dont la rapidité fatale, presque foudroyante, la fait confondre avec l'apoplexie. Deux observations en ont été recueillies par lui à l'hôpital Beaujon, sur des sujets jeunes, frappés, sans aucun prodrome, de paraplégie subite avec anurie et semi-érection pénienne persistante. La sensibilité, les mouvements réflexes et la contractilité musculaire sont restés intacts. Urines ammoniacales contenant de l'albumine et du sang. Mort le cinquième et le douzième jour.

L'autopsie montre une méningite spinale compliquée d'adhérences multiples avec le canal osseux dans un cas. Moelle à peine injectée même à la coupe. On l'eût dit saine. Mais au microscope, il y a stase dans les vaisseaux. Exsudation d'une substance colloïde avec corps granulés autour des gaînes vasculaires, et ayant fusé dans les substances blanche et grise.

Hypertrophie des tubes nerveux et surtout des cylindres axes décuplés de volume et comme variqueux ; granulations graisseuses dans la névroglie ; apparence vitreuse des cellules.

Toutes ces lésions n'ont pas de siége précis exclusif ; elles se rencontrent de préférence à la périphérie de la substance

blanche des cordons latéraux, depuis la septième vertèbre cervicale jusqu'à la deuxième lombaire. (*Soc. de biol.*, mai.)

N

NÉCROLOGIE. Comme chaque année, plusieurs médecins ont succombé au milieu des épidémies, victimes de leur dévoûment et de leur devoir. Tous les noms ne nous en sont pas parvenus, car on trouve cela si naturel, dans le monde, que l'on y fait à peine attention. Et pourtant l'exemple du docteur Laval montre avec quelle admirable abnégation le médecin se sacrifie aux intérêts de la science et de l'humanité, sans autre perspective que celle du devoir accompli. Trop souvent même, la mort est cette unique récompense. C'est ainsi que le docteur Guichard (de Troyes) a été tué à bout portant dans son cabinet, par un homme contre lequel il avait dû constater le crime de viol. D'autres fois, c'est en s'inoculant accidentellement le mal qu'ils s'efforcent de rechercher ou de guérir, comme on en trouvera encore plusieurs cas cette année.

Abdullah-Bey (*Karl-Hammer-Schmidt*), médecin autrichien, avait déjà acquis une certaine notoriété comme entomologiste, lorsqu'il fut distrait de ses études scientifiques par la révolution de 1848, dans laquelle il prit une grande part avec le parti hongrois. La défaite de Kossuth l'obligea ainsi à se réfugier à Constantinople, où il fut nommé recteur de l'École de médecine. Mais le gouvernement autrichien prenant ombrage de son influence, demanda et obtint son éloignement. Nommé chirurgien de l'hôpital de Damas, il y resta jusqu'à la guerre de Crimée, dont l'issue lui permit de rentrer à Constantinople comme professeur de minéralogie et de zoologie. Sa collection d'insectes avait obtenu une médaille d'or à l'Exposition de 1867 ; elle fut brûlée accidentellement depuis. Il est mort à soixante-quatorze ans pour avoir entrepris à cet âge, et dans son zèle pour la science, des recherches zoologiques en Asie Mineure. Il s'en laissa distraire malheureusement par la politique, à un âge où il pouvait lui rendre les plus grands services.

Agassiz (*Louis-Jean-Rudolph*), le grand naturaliste, qui le premier explora le monde marin du nouveau monde, comme Humboldt en avait exploré le monde terrestre, a succombé à Boston, le 14 décembre 1873, âgé de soixante-sept ans seulement. Né en Suisse, il commenca l'étude de la médecine à Zurich, et reçut le titre de docteur en 1831. Mais ses goûts vers l'histoire naturelle étaient déjà prédominants. Dès l'année suivante, il était nommé professeur d'histoire naturelle à Neuchâtel, où il resta quatorze ans en s'occupant avec activité d'une nouvelle théorie glaciale, à laquelle son nom restera attaché. Un voyage aux États-Unis, en 1846, décida de son avenir. L'offre d'une chaire de zoologie et de géologie à l'Université du Massachusetts le fixa là. Il l'illustra par ses brillants travaux et des explorations des côtes du Brésil et de la rivière des Amazones où il fit des découvertes inattendues. Un musée de zoologie comparée à Boston témoigne de ses études et de son génie. Sa perte est universelle pour la science, qu'il cultivait et qu'il a tant avancée.

Anstie (*Francis-Edmund*), médecin anglais, dont le mérite et les travaux avaient déjà rendu le nom célèbre et présageaient un brillant avenir, a été emporté rapidement par un érysipèle infectieux, consécutif à une piqûre anatomique, le 12 septembre, âgé seulement de quarante et un ans. Médecin professeur à l'hôpital de Westminster de Londres, il se consacra spécialement aux études thérapeutiques, et fonda, pour mieux les répandre, le journal *Practitionner*, dout il était l'*editor* ou rédacteur en chef. Son *Traité des névralgies* est son œuvre capitale. Il est une nouvelle victime de son zèle scientifique. Heureusement ce dévouement est toujours récompensé en Angleterre, et la corporation médicale s'occupe de venir au secours de la jeune famille que l'infortuné Anstie a laissée sans ressources.

Arnott (*Neil*), dont les travaux en physique surtout, couronnés par la Société royale de Londres il y a vingt ans, et que ses *Éléments de physique* ont fait connaître partout, a succombé le 2 mars, âgé de quatre-vingt-six ans. Les connaissances qu'il ne parvint pas à répandre par ses livres, il les répandit en fondant des bourses dans les universités

d'Angleterre et d'Écosse. Médecin extraordinaire de la Reine et membre du Sénat de l'Université de Londres, il était aussi membre de la Légion d'honneur.

Bardinet, directeur et professeur de l'École préparatoire de médecine de Limoges, membre correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé, au commencement du mois de décembre, à une longue et douloureuse maladie que la perte de son fils unique, pendant la guerre, avait probablement déterminée. C'est une double perte prématurée, car M. Bardinet n'avait que de soixante-cinq à soixante-dix ans, et pouvait encore rendre de grands services en raison de sa grande activité de corps et d'esprit.

Il en eut rendu surtout à l'Association locale des médecins de la Haute-Vienne, dont il était le président, autant qu'à l'Association générale dont il était l'un des dignitaires les plus distingués. Son esprit autant que son cœur excellent s'accordaient pour lui suggérer les plus heureuses inspirations. Il travailla tant qu'il put, comme ce volume en est encore la preuve.

Beaude (*Jean-Pierre*), fondateur du *Journal des connaissances médicales pratiques* et du *Grand Dictionnaire de médecine usuelle,* a succombé à une apoplexie cérébrale, âgé de soixante-quatorze ans. D'une basse extraction, il s'éleva seul par le travail et l'intelligence, et conquit plusieurs fonctions élevées. Membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, il en était le doyen à sa mort. Son titre d'ancien interne des hôpitaux ne le disposa pas à la pratique de la médecine ; il préféra les travaux littéraires et les fonctions officielles, qui permettent de mieux régler l'emploi fructueux du temps. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

Bérenguier (*Adrien*), le médecin bien connu de Rabastens (Tarn) par son *Traité sur l'impaludisme* ou *Traité des fièvres intermittentes* (voy. *année* 1865), a succombé au mois d'avril âgé de soixante et un ans. C'était un de ces trop rares praticiens de campagne qui ont conservé le culte de la science, et qui ne se laissent pas absorber entièrement, sinon dévorer, par la clientèle.

Béroud (*Philippe*), médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne à la suite d'un brillant concours, président de la Société de médecine locale, ancien interne des hôpitaux de Lyon, auteur de travaux estimés. Il entretenait avec quelques-uns de ses collègues un foyer scientifique local qui se rencontre trop rarement en province.

Bourbier (*François-César-Arsène*), médecin en chef de l'Hôtel-Dieu et des prisons de Saint-Quentin, ancien maire de cette ville, et condisciple de Cruveilhier, est descendu peu de jours après lui, dans la tombe, âgé de quatre-vingt-quatre ans. Il fut un des médecins de la province jouissant de la plus grande notoriété par son savoir et son honorabilité. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il fut élu correspondant de l'Académie de médecine et chevalier de la Légion d'honneur, après avoir occupé les premières fonctions scientifiques dans la ville où il exerça si longtemps.

Chaillou, le rédacteur en chef bien connu du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, a succombé en juin, âgé de soixante-quatre ans. Docteur en médecine, il fut successivement praticien militant, puis associé de M. Casteaux pour le modelage et la peinture de ses modèles d'anatomie topographique en cuir repoussé, et enfin collaborateur de Lucas Championnière. Il lui succéda à sa mort, en 1858, dans la direction de son journal, qu'il maintint en prospérité. Il conserva ainsi ce précieux héritage aux enfants de son ami auxquels il le transmit intact. Acte d'un honnête homme, autant que d'un confrère et d'un ami dévoué, qui honore sa mémoire. Il était décoré de la Légion d'honneur.

Charlton (*Edward*), l'un des médecins anglais les plus renommés de la province, a succombé le 14 mai à soixante ans. Médecin en chef de l'infirmerie de Newcastle on Tyne, où il exerçait depuis de longues années, et professeur à l'Université de Durham, le docteur Charlton se distinguait surtout comme antiquaire et naturaliste. Une rupture du ventricule gauche, suite d'une dégénérescence graisseuse du cœur, détermina une mort subite.

Coste, directeur et professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille, officier de la Légion d'honneur, a succombé le 3 juillet à soixante-quatre ans. C'était un chirurgien habile et prudent, un professeur méthodique et clair, mais sans originalité ; aussi a-t-il peu écrit. Ses travaux sur la valeur comparative des amputations sous-astragalienne, tibio-tarsienne et sus-malléolaire, sur les divers procédés d'extraction de la cataracte et sur la greffe épidermique, montrent bien son esprit net, lucide et pratique ; aussi occupait-il la première position de praticien.

Cruveilhier (*Jean*), le fondateur ou, comme l'appelle Virchow, le père de l'anatomie pathologique moderne, a succombé le 7 mars, âgé de quatre-vingt-trois ans. Quoique retiré depuis plusieurs années en Limousin, où il était né, sa mort causa une profonde émotion générale, surtout à Paris, où il avait brillé d'un vif éclat dans la science et dans la pratique ; on sentait qu'une de nos étoiles s'était encore éclipsée. Élève et protégé de Dupuytren, son compatriote, il fut appelé à recueillir ses leçons d'anatomie pathologique, ce qui décida de sa vocation. Sa thèse sur l'*Anatomie pathologique* fut le prélude de son grand *Traité* avec *atlas*. Son *Anatomie descriptive* fut l'ouvrage classique de plusieurs générations. Ses découvertes en pathologie, comme l'*ulcère simple de l'estomac*, la *tumeur fibreuse ou adénoïde de la mamelle*, furent la conséquence de ses études, aussi bien que la description des premiers symptômes de l'*ataxie locomotrice* dont il fut l'initiateur.

Modeste, bienveillant et religieux par excellence, Cruveilhier sut toujours allier la science avec la foi sans intolérance. Il était organicien, quoique spiritualiste dans l'ordre religieux. C'est une de nos illustrations nationales.

Cullerier (*Auguste-Adrien-Fidèle*), le dernier membre de la branche médicale de ce nom qui pendant trois quarts de siècle a porté le sceptre dans le traitement des maladies vénériennes, a succombé le 1er août dans sa soixante-neuvième année, après une retraite forcée de dix ans par paralysie de la langue. Interne des hôpitaux avec les Gouraud, Andral, Arnal, Bazin, Double, Nonat, il devint chirurgien des hôpitaux et se distingua dans la spécialité de sa

famille par un *Traité des affections blennorrhagiques* et un *Précis iconographique des maladies vénériennes*. Il était membre de la Société de chirurgie et officier de la Légion d'honneur.

Delorenzi (*Giovanni*), jeune professeur distingué d'anatomie à l'Université de Turin, a succombé le 17 juin à quarante-cinq ans ! Élève et successeur de Tomati, il se voua de bonne heure aux dissections et passa sa vie dans l'amphithéâtre, ce qui l'a peut-être ainsi abrégée. Il subit les luttes du concours et ses désenchantements. L'enthousiasme qu'il savait communiquer à ses élèves pour les études anatomiques fait de sa mort une véritable perte, difficilement réparable pour l'Université de Turin.

Derby (*Georges*), chirurgien de l'hôpital de Boston, professeur d'hygiène à l'Université Harward, a succombé le 20 juin à cinquante-cinq ans. Hygiéniste savant et zélé, il prit une part active dans la création du conseil de salubrité de l'État, dont il était le secrétaire général, c'est-à-dire le pouvoir exécutif. Sa mort est une grande perte pour l'État du Massachusetts dont il était le bienfaiteur.

Fée (*Antoine-Laurent-Apollinaire*), professeur d'histoire naturelle médicale à l'ancienne Faculté française de médecine de Strasbourg, ancien pharmacien et fondateur de la Société de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine et président de la Société botanique de France, officier de la Légion d'honneur et de l'instruction publique, a succombé le 21 mai à quatre-vingt-cinq ans. Son nom est devenu synonyme de travail, science, devoir, honneur, loyauté. La guerre, en l'obligeant à quitter ses pénates, le tua moralement ; une affection des organes digestifs se développa, et ce beau, grand et noble vieillard, fut encore, comme bien d'autres, une des victimes de la rapacité prussienne.

Forbes-Winslow, aliéniste anglais des plus distingués, a succombé à Brighton, le 3 mars, à soixante-trois ans. Ses nombreux travaux médico-psychologiques l'avaient placé au premier rang parmi ses contemporains dans ces questions si délicates et graves de la responsabilité humaine. Son *Plaidoyer*

de l'aliénation dans les cas criminels surtout lui valut d'être souvent appelé comme arbitre dans ces cas difficiles, et c'est ainsi qu'il parvint à faire acquitter Macnaughton et Townley comme aliénés, lesquels ne tardèrent pas à lui donner raison évidente ensuite, ainsi que deux femmes ayant assassiné leurs enfants.

Fondateur du *Psychological Journal* et du *Medical critic*, il ne cessa d'écrire que le jour de sa mort. Sa charité et son hospitalité étaient inépuisables. Il a été le bienfaiteur de nombreuses familles et de plusieurs centaines d'individus. C'est donc une perte immense pour la science et pour la société.

Graux (*Pierre-Joseph*), médecin belge très-renommé, a succombé le 12 décembre 1873, âgé de soixante-dix-huit ans. Élève enthousiaste et ardent de Broussais, il en propagea activement les principes. Il était professeur de la Faculté de médecine de Bruxelles et l'un des fondateurs de l'Université. A tous ces titres, sa mort est une perte très-regrettable.

Guérard (*Jacques-Alphonse*), l'hygiéniste savant et distingué, le travailleur infatigable, l'homme aux convictions profondes, inébranlables, d'une honorabilité exemplaire, a succombé à une affection du cœur le 20 juillet, à soixante-dix-huit ans. Professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux, M. Guérard se présenta avec grand avantage à différents concours, notamment ceux de médecine légale et d'hygiène qu'il mérita ; mais tout en ayant l'avantage du fond sur ses concurrents, c'est-à-dire des connaissances étendues et profondes, il lui manquait essentiellement celui de la forme. Peu agréable de sa personne, lourd et sans agréments dans sa diction, surtout comparativement à l'élocution facile et superficielle de ses concurrents, aux formes verbeuses agréables des Orfila, Trousseau, Royer-Collard et tant d'autres, il fut impitoyablement sacrifié.

Son savoir se fit jour dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* qui lui servirent de tribune pendant trente-deux ans. Ce fut sa chaire. Membre du conseil d'hygiène et de salubrité, de l'Académie de médecine, officier de la Légion

d'honneur, ce vrai savant, cet homme antique est mort simplement comme il avait vécu, terrassé par la douleur, la souffrance, qui eurent seules raison de cette nature énergique.

Hybord (*Paul*), ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de clinique de la Faculté, a succombé le 1er juin. C'est une perte sérieuse pour la science, car, d'après son activité au travail et sa belle intelligence, démontrées par ses succès scolaires, on pouvait attendre beaucoup de lui dans l'avenir. Que de jeunes médecins ainsi moissonnés chaque année par l'excès même des travaux insalubres de laboratoire !

Jacob (*Arthur*), trois fois président et conseiller, pendant un quart de siècle, du Collége royal des chirurgiens d'Irlande, s'est éteint le 21 septembre à quatre-vingt-quatre ans. Anatomiste et ophthalmologiste distingué, il tint une grande place dans la médecine irlandaise, surtout comme rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Dublin.*

Jordao (*Abel Maria Dias*), docteur en médecine de la Faculté de Paris, et professeur de physiologie à l'école de Lisbonne, a succombé à une fièvre pernicieuse le 8 juillet, âgé de quarante ans à peine. Il était connu par ses études sur le diabète. C'était l'un des médecins les plus savants et les plus distingués du Portugal. Aussi la clientèle l'avait-elle envahi comme Trousseau, et c'est fatigué, affaibli par ses occupations multiples, qu'il n'a pu résister à la maladie qui l'a emporté.

Joulin, médecin excentrique et connu surtout comme journaliste critique, amer, dur, violent, et se faisant remarquer par là ; esprit bouillant, d'une activité dévorante, avec une soif insatiable de renommée, et voulant à tout prix faire parler de lui, a succombé par le cerveau comme il avait vécu. Frappé d'une attaque d'apoplexie le 17 mars, il succomba soudainement à cinquante-deux ans. Malgré de belles facultés, sa vie ne fut qu'une suite ininterrompue de positions diverses, étranges ; il ne sut jamais se

fixer. Auteur d'un *Traité complet d'accouchements* d'une grande valeur originale, encore plus par la forme que par le fond, et qui lui valut l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, il resta néanmoins encore plus connu des lecteurs du *Figaro* que du monde scientifique. Il était plus craint qu'estimé. Sa plume vive et alerte était aussi mordante et déchirante. Sa mort a été ainsi plus remarquée que regrettée.

Lankester (*Edwin*), le célèbre naturaliste et médecin coroner du quartier central de Middlesex de Londres, a succombé en septembre dans sa soixante et unième année. Après des études médicales très-suivies et profondes de 1834 à 1843, tant en Angleterre que sur le continent ; après s'être distingué dans diverses chaires des écoles de Londres, comme botaniste, anatomiste, naturaliste, il fut élu membre de la Société royale en 1845. Ses contributions à divers recueils périodiques, sur l'histoire naturelle en particulier, sont immenses. L'un des premiers, il employa le microscope pour ces études lorsqu'il fut ainsi amené à s'occuper de la science sanitaire. Divers travaux et des conférences sur l'alimentation le firent élire, en 1862, comme coroner, fonctions dans lesquelles il se distingua hautement comme savant hygiéniste surtout. Il fonda, en 1866, le *Journal de la science sociale* dont il était l'ardent promoteur. C'est assez dire la perte qu'a faite Londres dans ce savant médecin hygiéniste.

Laval, médecin militaire français, qui avait obtenu un congé pour aller étudier la peste dans la régence de Tripoli, a succombé glorieusement en soignant ses malades, à peine âgé de cinquante ans. Après avoir mis la ville de Benghazi en défense contre le fléau, il accourut à Merdj où il sévissait. Seul médecin et seul Européen, il prodiguait ses soins avec un dévouement sans bornes, ne s'arrêtant ni devant la fatigue, ni devant le danger. Les autorités françaises et la population entière ont rendu hommage à ce dévouement en assistant à ses obsèques.

Né dans une échoppe de savetier, place du Capitole à Toulouse, cet homme s'éleva ainsi par le travail et l'étude, et alla mourir en héros sur une terre étrangère en glorifiant

le nom français, et en honorant surtout la corporation médicale.

Legros (*Charles*), l'interne décoré au champ d'honneur lors de l'épidémie cholérique de 1865, l'investigateur laborieux et le travailleur infatigable, est mort à la peine, presque le microscope en main, en décembre 1873, n'ayant pas encore atteint sa quarantième année, et déjà si riche en travaux de toutes sortes ! ! ! Il était en effet aussi dévoué à la science qu'à l'humanité, comme sa vie le prouve. Élève du professeur Robin, il se montra surtout histologiste distingué et consciencieux par diverses remarques originales sur les *greffes*, les *épithéliums*, la *régénération des tissus*, les *nerfs vaso-moteurs*, etc., etc. Son *Traité d'électricité*, avec M. Onimus, est aussi complet qu'original. Agrégé de la Faculté de médecine, préparateur du cours d'histologie, il était destiné à continuer l'œuvre du savant professeur dont il était le successeur naturel. C'est donc une grande perte pour l'histologie.

Le Roy des Barres (*Adrien*), le praticien connu, très-honorable et distingué, de Saint-Denis, près Paris, a terminé son active et laborieuse carrière le 30 mars, âgé de soixante-dix ans. Il avait conquis un à un, par son mérite et l'estime dont il jouissait, tous les grades et honneurs qu'il pouvait ambitionner dans sa localité : médecin de l'hôpital et de la Maison de la Légion d'honneur, du bureau de bienfaisance, etc. Il fut enfin nommé maire et chevalier de la Légion d'honneur en récompense de ses longs services.

Livingstone, l'intrépide explorateur de l'Afrique australe, dont la mort a été annoncée par erreur en 1867, a réellement succombé à la dysenterie le 15 août 1873, étant à Lobisa, âgé seulement de cinquante-neuf ans. Après un premier voyage d'exploration qui dura seize ans, de 1840 à 1856, et être revenu en Angleterre pour en publier les curieux résultats, il retourna en 1865 à la découverte des sources du Nil. C'était son but principal, et il y consacra tout son temps. Il fit des découvertes importantes à cet égard.

Missionnaire, médecin et savant tout à la fois, Livingstone

laisse un nom honoré par ses découvertes et son amour de la science et de l'humanité ; aussi son pays reconnaissant le place-t-il parmi ses grands hommes.

Lœffler, chirurgien général de l'armée prussienne, et le principal auteur des réformes, des améliorations, qui ont eu lieu dans ce service important, a succombé soudainement le 22 février, âgé de cinquante-neuf ans seulement. Perte énorme pour l'armée allemande, et qui sera difficilement réparée. C'était le plus énergique partisan du système de l'aide volontaire aux blessés en temps de guerre, et l'un des promoteurs et des soutiens des sociétés de secours volontaires dans l'Allemagne du Nord.

Mahue (*Alexis-Arnould*), doyen des médecins de l'Aisne, s'est éteint le 21 avril à quatre-vingt-cinq ans, après plus de soixante ans d'exercice dans les mêmes localités, où il se fit toujours remarquer par sa distinction, son désintéressement, son zèle et son courage.

Né près de la Fère en 1789, il avait commencé ses études avec son père, médecin lui-même, lorsqu'à dix-huit ans il prit du service militaire dans un hôpital d'Allemagne où il resta jusqu'en 1814. Il continua ensuite ses études sous les auspices du docteur Lejeune, l'aliéniste distingué, dont il resta l'ami reconnaissant.

L'affluence de ses confrères, des autorités locales et du public à ses funérailles, témoignait assez qu'une belle et honorable existence venait de finir. C'est là la suprême récompense à recevoir dans ce monde pour le bien qu'on y a fait.

Marinus (*Jean-Romuald*) a succombé le 8 septembre à soixante-quatorze ans. Membre de l'Académie de médecine de Belgique, il avait obtenu sa confiance pour succéder à Tallois comme secrétaire général, lorsque, à peine élu, il succomba. Savant honnête et sympathique, il devait ainsi tous ses titres à des services réels. Il était président des jurys pour la collation des grades, officier de l'ordre national, etc., etc.

Muron (*Antoine*), l'une des espérances les mieux justifiées

de la jeune école expérimentale, a succombé le 22 mars à la fleur de sa vie, comme Legros et Papillon qui l'avaient précédé de quelques jours aussi fatalement dans la tombe. Élève de l'école de Lyon, puis interne et docteur à Paris, préparateur du cours de physiologie à la Faculté de médecine, décoré de la Légion d'honneur après la guerre, membre de la Société de biologie, il avait obtenu tous ces grades et ces titres quand la mort est venue le frapper soudainement à trente ans! De nombreux travaux restent heureusement de lui; il les accumulait en donnant tout son temps au travail, comme s'il avait prévu qu'il lui était si avarement compté. Pauvre pionnier, passer ainsi ses plus belles années au travail aride de la science pour mourir à la peine! Heureusement la mémoire de son nom et de son exemple seront conservés.

Poelman (*Charles*), professeur de physiologie à l'Université de Gand, a succombé le 18 juillet, âgé de cinquante-neuf ans, à une affection chronique qui le tenait éloigné de son enseignement depuis cinq ans. Après avoir franchi successivement tous les degrés académiques, et tour à tour professeur d'anatomie et de physiologie, il fut le fondateur du Musée d'anatomie comparée, que possède aujourd'hui la Faculté de médecine. Son aptitude pour les sciences exactes se distingua hautement dans ces fonctions, et il eût enrichi bien plus la Faculté de ses travaux, si l'excès d'activité et de fatigue intellectuelle n'avait déterminé sa mort prématurée.

Rivaud-Landron (*Louis*), oculiste très-renommé de Lyon, a succombé le 16 janvier, à cinquante-six ans, d'une encéphalite. Outre plusieurs mémoires sur les divers sujets de sa spécialité et qui en font un véritable savant, le docteur Rivaud a toujours relevé par sa pratique la dignité de l'ophthalmologiste. Libéral progressiste, honnête et bon, il essaya toutes les innovations proposées, et ne refusa jamais ses secours aux malheureux, qu'il soignait avec autant de soin que les riches. En politique, c'était un républicain modéré et conciliant, aux principes fermes, qu'il conserva jusqu'à sa mort.

Roulin (*François-Désiré*), le célèbre bibliothécaire de

l'Institut de France, le fondateur des *Comptes rendus*, a succombé le 5 juin à soixante-dix-huit ans. Reçu docteur en médecine en 1822, c'est moins comme médecin qu'il mérite de figurer ici que comme savant naturaliste surtout, comme écrivain, et un exemple du travail austère et persévérant. Outre ses nombreux articles disséminés dans les recueils périodiques du temps, dont quelques-uns ont été réunis en volume, on lui doit la traduction de l'ouvrage de Pritchard sur les races humaines. Compagnon de M. Boussingault dans la Nouvelle-Grenade, il utilisa son séjour dans ce pays pour étudier l'histoire naturelle en pratiquant la médecine. L'Académie des sciences consacra cette vie de travail et d'étude en le nommant associé libre en 1865. C'est sa couronne scientifique.

Salazar (*Patricio*), ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Madrid, a succombé le 25 octobre, après une longue maladie, qui le tenait éloigné de sa chaire depuis plus de quatre ans. Les regrets unanimes qu'il laisse, parmi la génération qu'il a enseignée, disent assez ses mérites comme professeur, comme opérateur, et témoignent qu'il fut l'un des plus distingués de l'Espagne.

Schultze (*Max*), le célèbre histologiste allemand, a succombé à Bonn où il était professeur, âgé seulement de quarante-huit ans. Perte immense pour l'enseignement.

Tallois (*Pierre-Joseph*), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Belgique depuis de longues années, ancien médecin principal d'armée, officier de l'ordre de Léopold, a succombé, âgé de soixante-seize ans, à la suite d'un refroidissement pris aux obsèques de son collègue et ami Quetelet. L'Académie de médecine n'a pu encore réparer cette grande et douloureuse perte.

Viale, le célèbre médecin de Pie IX et l'un de ses plus intimes amis, est mort avant son vénérable client, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. On comprend, dans ce cas, que le malade ait éprouvé une véritable douleur de la mort de son médecin.

Vital (*Auguste*), le médecin militaire français qui a le plus longtemps vécu en Algérie, et qui depuis la prise de Constantine n'avait jamais quitté cette ville, dont il fut conseiller municipal, conseiller général et médecin en chef de l'hôpital pendant dix-huit ans, a succombé à la rupture d'un anévrysme de l'aorte, le 23 septembre. Successivement médecin divisionnaire, médecin en chef et médecin principal, il ne cessa, outre ces fonctions, de s'occuper activement de la pathologie générale de l'Algérie. Ses publications sur les épidémies de choléra et de typhus en témoignent. Obligé de prendre sa retraite pour cause de santé, il ne cessa sa consultation gratuite, et il préparait un grand travail sur les maladies de l'Algérie, que la mort a interrompu. Il était officier de la Légion d'honneur. Il lègue sa riche bibliothèque à la ville.

Webb (*Francis-Cornelius*), docteur de l'université d'Édimbourg, médecin du grand hôpital du Nord de Londres et de plusieurs autres établissements, a succombé subitement à quarante-sept ans. Il était surtout connu comme rédacteur en second du *Medical Times and Gazette*, et jouissait à ce titre, par ses connaissances variées et étendues, son mérite et son honorabilité, de l'estime générale du corps médical. Aussi sa mort prématurée et subite excita une vive sympathie pour sa jeune et nombreuse famille de dix enfants, qu'elle jetait dans la détresse. Une souscription réunit aussitôt plus de 78 000 francs en sa faveur. Touchant exemple de confraternité.

Parmi ses nombreuses publications, le docteur Webb se rattachait à la France par sa traduction des *Éléments de zoologie médicale* de Moquin-Tandon, et plusieurs autres travaux que ses vastes connaissances lui avaient permis d'introduire dans la littérature anglaise.

Wormald (*Thomas*), le dernier représentant de l'école d'Abernethy, à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, a succombé à soixante-treize ans, ayant cessé depuis longtemps l'exercice actif. Malgré sa valeur comme chirurgien, il n'excita jamais la jalousie professionnelle en raison de sa modestie. Dignitaire du Collége des chirurgiens, il ne provoqua jamais de rivalité par son excellente confraternité. Sa

mort laisse sir J. Paget, l'aîné des chirurgiens de l'hôpital Saint-Barthélemy, où se sont succédé tant de célébrités.

Wyman (*Jeffries*), naturaliste éminent, et qui ne faisait pas trop mauvaise figure à côté même d'Agassiz, a succombé le 4 septembre, à soixante ans. Reçu docteur à l'université d'Harward, en 1833, il vint se perfectionner à Paris, étudiant surtout l'histoire naturelle au Jardin des plantes. Rentré dans sa patrie, il fut nommé successivement professeur d'anatomie dans plusieurs colléges ou facultés jusqu'à celle d'Harward à Boston, qu'il remplit jusqu'à sa mort. Travailleur infatigable, il produisit de nombreux travaux et même des découvertes en histoire naturelle, mais auxquels sa modestie ne donna pas tout le retentissement dont ils sont dignes. Aussi son nom n'est-il pas autant connu à l'étranger qu'il le mérite.

NÉPHRITE LATENTE. Au milieu du chaos qui s'est fait sur les maladies du rein par la découverte de Bright, on éprouve le besoin de faire des distinctions, des divisions. Trois espèces de néphrite sont ainsi distinguées anatomiquement, malgré une grande ressemblance symptomatologique. Ce sont : la *néphrite parenchymateuse*, ou maladie de Bright, caractérisée par la lésion des canalicules urinaires; la *néphrite interstitielle*, ou sclérose, cirrhose rénale, dont le tissu conjonctif extra-canaliculaire est le siége; enfin la *dégénérescence amyloïde*, constituée par une altération spéciale des vaisseaux.

C'est dans la seconde variété que M. le docteur H. Huchard place la forme latente, d'après une observation remarquable qu'il en rapporte et quelques faits analogues collectés dans les auteurs, notamment celle de M. le docteur Lécorché (*Archiv. de méd.*, mars et avril). L'œdème est ordinairement très-limité et peu considérable; l'albuminurie fait même défaut, à moins que le parenchyme rénal ne se prenne secondairement; la polyurie et une détérioration lente de l'économie en sont les principaux signes. En voici d'ailleurs les caractères différentiels bien tranchés avec ceux de la néphrite parenchymateuse :

NÉPHRITE INTERSTITIELLE HYPERPLASIQUE.	NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE (mal de Bright).
1° Lésions intéressant le tissu connectif intercanaliculaire.	1° Lésions intéressant la substance canaliculaire.
2° Le plus souvent, maladie de l'adulte, fréquente chez le vieillard, très-rare chez l'enfant.—Succédant aux affections rénales (tumeurs, calculs, mal de Bright, etc.), à l'inflammation du tissu cellulaire périnéphrétique, du péritoine, etc. ; aux maladies chroniques des voies d'excrétion de l'urine, à la rétention d'urine, etc., consécutive aux affections du cœur gauche, à la goutte, à la variole (Beer), à l'athérome artériel (sénilité, alcoolisme, saturnisme).	2° Souvent maladie de l'enfance, assez fréquente jusqu'à 40 ans, relativement rare dans la vieillesse. — Parmi les causes principales, il faut citer : les refroidissements, les excès alcooliques, les exanthèmes fébriles (scarlatine), le rhumatisme, la goutte, la cachexie palustre, la grossesse, le saturnisme (?), quelquefois la néphrite interstitielle.
3° Début très-lent, insidieux.	3° Début moins lent ; dans tous les cas, ordinairement facile à reconnaître.
4° Urine abondante (*polyurie néphritique*), claire, incolore, ne renfermant que peu ou point d'albumine ; point de cylindres épithéliaux ou fibrineux.	4° Urine rare, souvent sanglante, parfois nulle ; renfermant plus ou moins d'albumine et des cylindres épithéliaux ou fibrineux.
5° Complications hémorrhagiques fréquentes (hémorrhagies cérébrales, rétiniennes, pulmonaires, nasales). — Souvent, absence d'anasarque, ou même d'œdème partiel ; absence presque absolue d'hydropisies des cavités séreuses. — Inflammations moins communes, sauf la péricardite et la bronchite. — Hypertrophie cardiaque extrêmement fréquente.	5° Hémorrhagies exceptionnelles, sauf l'hématurie, qui est un accident tout à fait local. — Œdèmes fréquents, souvent généralisés ; hydropisies des cavités séreuses (plèvre, péricarde, etc.). — Inflammations plus communes. — Hypertrophie du cœur plus rare.
6° Urémie beaucoup plus fréquente. Forme comateuse plus commune.	6° Urémie moins fréquente. Forme convulsive plus commune.
7° Marche très-lente, insidieuse. Durée de plusieurs années : 10, 15 et même 20 ans.	7° Marche moins lente. Durée moins longue.

(*Union méd.*, n°s 80, 83, 86 et 88.)

Néphrite parenchymateuse. *Rein unique.* Dans le service clinique de l'*hospital nàcional* de Madrid, fut admis récemment un ex-militaire renvoyé du service à cause de la maladie qui l'amène et dont il souffre depuis plus d'un an. Tous les symptômes se réunissent pour que le professeur Salazar diagnostique une néphrite parenchymateuse qui, malgré une diète lactée et les autres moyens appropriés, détermina rapidement la mort.

L'autopsie montra en effet le rein droit placé normalement, mesurant 2 décimètres de long sur 1 de large et

5 centimètres d'épaisseur, d'un aspect granuleux avec plaques ecchymotiques et se séparant facilement de sa capsule fibreuse. Mais c'est en vain que l'on chercha le rein gauche, le péritoine adhérait au diaphragme à sa place normale, son absence était complète et congénitale. (*Siglo medico*, août.)

Une question peut être soulevée à l'occasion de ce fait, à savoir : si la double fonction de ce rein unique, en augmentant la congestion sécrétoire, n'a pas déterminé la maladie qui a amené la mort. Les observations manquent pour la résoudre, et, dans ce cas particulier, l'abus des liqueurs alcooliques et le refroidissement auquel se soumit le malade étant ivre expliquent suffisamment le développement de la néphrite sans qu'il soit besoin de chercher une autre origine.

NÉPHROTOMIE. M. Simon (de Berlin) semble vouloir justifier l'opération dont il a repris l'initiative et obtenu le premier succès (voy. *année* 1871). Une femme de trente ans qui souffrait depuis l'âge de quatorze de profondes douleurs dans la région rénale, avec émission d'urine purulente, d'accès de violentes coliques rénales durant trente-six à quarante-huit heures, suivis de l'issue de graviers et de petits calculs phosphatiques, lui ayant été amenée d'Amérique, il la soumit à cette opération. La douleur constante dans le côté gauche, la sensibilité du rein à la pression, l'état anormal de l'urine le déterminèrent à pratiquer la néphrotomie par l'incision lombaire. Aucune complication ne survint jusqu'au vingt et unième jour, lorsque des symptômes de septicémie se manifestèrent et enlevèrent l'opérée dix jours après.

A l'autopsie, la section de l'uretère gauche était cicatrisée ainsi que la plaie externe, mais le rein droit était doublé de volume. (*Centralblatt*, 28 mars.)

C'est donc là un nouvel insuccès. Ajouté aux précédents, cela fait 9 morts sur les 12 cas publiés, et encore sur les 3 autres, ceux de MM. Simon et Gilmore sont les seuls bien authentiques. Les chances de succès sont donc très-rares.

Un nouveau succès en a pourtant été obtenu par le professeur Brandt (de Klausenburg), en 1872, dans des conditions toutes spéciales. Un garçon de vingt-cinq ans reçut, le 3 juin 1872, un coup de couteau dans l'hypochondre

gauche. Peu de sang coula, mais un accès de toux étant survenu, un corps charnu fit hernie par la plaie. L'examen fait le lendemain constatait de même, sous le bord inférieur de la dernière fausse côte, une tumeur molle, charnue, rouge, de 9 centimètres de long sur 6 de large, et de laquelle s'écoulait constamment un liquide alcalin, jaunâtre et transparent, framboisé, d'une gravité spécifique de 1,041 à 1,052, contenant de l'albumine et de la mucine en abondance avec de l'hémoglobine, des traces d'urée et des matières salines. Les bords en étaient irréguliers, frangés. Recouverte en dessous d'une membrane molle, d'un rouge noir ici, vermeil là, cette tumeur avait un pédicule de 6 centimètres de circonférence, enveloppé de la même membrane lésée en plusieurs endroits et donnant issue au liquide. Il était attaché au milieu, remontait dans la plaie de l'abdomen et lui donnait ainsi l'aspect d'un champignon. Modérément ferme au toucher, indolore, sinon à la traction, cette tumeur très-mobile, d'une température au-dessous de celle du corps, contenait évidemment des vaisseaux, mais sans pulsation. Elle ressemblait beaucoup au rein, et l'examen au microscope constata la couleur spéciale de la substance corticale et pyramidale de cet organe, du pus, des globules sanguins et des débris d'épithélium du calice et des bassinets. L'analyse chimique du liquide décela de même les caractères de l'urine. La quantité de celle-ci était diminuée et elle contenait de l'albumine.

C'était donc bien le rein et l'uretère qui formaient cette hernie. Mais comment le couteau avait-il pu ainsi les détacher sans léser le péritoine? L'abdomen, autour de la plaie, était pourtant normal. Celle-ci, oblique, avait 3 centimètres de long sur 1 1/2 de large, avec des lèvres effilées, rétractées sur le pédicule. L'état général du blessé était bon, le pouls à 80 et la température à 37°,8. Le blessé put même aller à pied à une certaine distance pour se faire photographier; mais la sécrétion purulente augmentait. Le professeur Brandt résolut donc de procéder à l'excision, le quatrième jour après la blessure. Le pouls était à 70 et la température à 37°,6. La section fut faite entre deux ligatures en soie portées sur le milieu du pédicule au moyen d'une aiguille droite. Aucune hémorrhagie ne s'ensuivit. L'urine continua à être rare. Sa quantité excrétée chaque

jour, mesurée pendant les dix jours qui suivirent la résection, augmenta graduellement de 900 à 1500 grammes. Elle était surtout acide et de composition normale, d'un rouge jaune d'abord, puis d'un jaune clair. Quinze jours après, l'opéré quittait l'hôpital sans aucune complication d'urémie ni de péritonite, et la guérison complète à cette époque s'est parfaitement maintenue (*Wiener med. Woch.*, novembre et décembre 1873). C'est donc là une expérience qui prouve que l'homme peut vivre avec un seul rein.

Un autre fait a eu lieu à l'hôpital de Dundee, où une veuve de quarante-neuf ans se présenta avec une tumeur mobile, plus grosse qu'une tête d'adulte, située dans la fosse iliaque gauche. Elle n'avait été perçue que depuis huit mois. Trois points fluctuants existaient avec communication probable entre eux. L'utérus était élevé. On pratiqua l'ovariotomie.

Le kyste, ponctionné avec un large trocart, ne donna issue à aucun liquide, en raison de sa consistance en bouillie. Ouvert, il fournit deux pintes de cette matière. Les ovaires étaient sains et dans leur situation normale. C'était un kyste du rein gauche, adhérant avec les intestins et l'épiploon. Ces adhérences détruites, le docteur Campbell lia les vaisseaux du rein ainsi que l'uretère et extirpa le rein en entier. Le malade eut une longue mais complète convalescence. Ses urines, non albumineuses, s'élevèrent à quarante onces par jour. (*Edinb. med. Journ.*)

NERFS. *Autonomie des fibres nerveuses.* Comme une conséquence de sa découverte des nerfs moteurs de la langue (voy. *année* 1873), M. Vulpian a reconnu que son expérience célèbre sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses motrices avec celles du sentiment et la transmission réciproque de leur propriété spéciale, avait été mal interprétée. Ayant constaté, en effet, mieux qu'on ne l'avait fait auparavant que le nerf lingual contient dans tout son parcours des fibres anastomotiques provenant, par la corde du tympan, d'un nerf moteur, le facial, il a recherché si les excitations faites sur le bout central du lingual sont transmises au segment périphérique du nerf hypoglosse par les fibres sensitives du nerf lingual ou par les fibres anastomotiques de la corde du tympan. Pour cela, après avoir soudé le bout cen.

tral du nerf lingual au bout périphérique du nerf hypoglosse, il coupait la corde du tympan à son passage dans l'oreille moyenne. Quelques jours après cette section, l'irritation mécanique ou l'excitation galvanique du lingual ne produisait aucune contraction des muscles de la langue. Cette expérience montre donc clairement que les faits de réunion bout à bout du nerf lingual et du nerf hypoglosse ne sauraient plus être invoqués comme prouvant que les excitations électriques ou mécaniques portant sur des fibres sensitives peuvent se transmettre librement à des fibres motrices. (*Acad. des sc.*, février.)

Par de nouvelles recherches sur les solipèdes, MM. Arloing et Tripier se sont assurés que la sensibilité récurrente existe aussi bien dans le bout périphérique après la section des nerfs chez ces animaux que chez les chiens ; seulement il faut que la section soit pratiquée plus vers la périphérie que ne l'a fait M. Claude Bernard. Elle est due à des tubes nerveux sains dans le bout périphérique dont les relations avec les centres trophiques n'ont pas été interrompues par la section ou se reliant par des anastomoses aux nerfs homologues du côté opposé. La sensibilité périphérique semble ainsi s'étendre de plus en plus à tous les nerfs, du moins chez les mammifères. (*Idem*, mai.)

Origine des vaso-moteurs. Infirmant la doctrine d'un grand nombre de physiologistes allemands sur l'origine des nerfs vaso-moteurs qu'ils placent uniquement dans le bulbe rachidien, M. Vulpian a institué de nombreuses expériences. Il a reconnu qu'après la section transversale de la moelle épinière, à la partie supérieure de la région cervicale, les nerfs vaso-moteurs ne sont pas paralysés, et que les actions vaso-motrices réflexes continuent à se produire malgré la section transversale de la moelle au-dessous du bulbe. D'accord avec toutes les expériences des auteurs français, de la tératologie et de la pathologie, ces résultats montrent qu'il n'y a pas lieu d'admettre un centre vaso-moteur unique dans le bulbe rachidien; que ces nerfs ont des centres spéciaux d'origine et d'action réflexes échelonnés, comme les autres, dans la substance grise de la moelle épinière, agissant isolément sur les fibres vaso-motrices auxquelles ils donnent naissance. (*Acad. des sc.*, février.)

Leçons sur l'appareil vaso-moteur : physiologie et pathologie, faites à la Faculté de médecine de Paris, par A. Vulpian, professeur de pathologie expérimentale et comparée; rédigées et publiées par le docteur Carville, préparateur du cours. 1er volume in-8° de 568 pages. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Exposé méthodique et synthétique de tout ce que l'on sait aujourd'hui de plus précis sur cette grande découverte d'origine française avec ses applications à la pathologie. On a fait tant de suppositions, de théories et d'hypothèses sur le rôle de ces vaso-moteurs qu'il était nécessaire de déblayer le terrain et montrer, par une étude rigoureuse des faits, le contrôle des expériences et une critique scientifique, ce qu'il fallait rejeter et conserver de tout ce bagage.

Après l'historique de la question et un résumé anatomique ne comportant pas de désaccord, M. Vulpian examine successivement toutes les théories émises sur le siége et l'action des vaso-moteurs, constricteurs et dilatateurs, rappelant les expériences sur lesquelles elles ont été fondées et les répétant même au besoin pour en infirmer ou en confirmer les résultats, sinon leur donner une autre signification. La contractilité des vaisseaux, constatée bien longtemps avant la découverte de leurs fibres musculaires et leurs nerfs, est ainsi confirmée au triple critère de la mécanique, la chimie et l'électricité, aussi bien que de l'expérimentation et de la clinique.

Leur névrilité est ensuite démontrée, comme dans les nerfs sensitifs, par des observations cliniques justifiant les expériences sur les animaux. L'action du curare sur les nerfs moteurs donne ici l'explication de la paralysie *à frigore* du radial avec conservation de la contractilité musculaire et la névrilité de ce nerf. Les vaso-moteurs échappent à l'action paralysante du froid comme à celle du plomb dans ce nerf. Ce qui s'explique par la différence de terminaison des nerfs dans les muscles lisses et les muscles striés.

La découverte relativement récente des vaso-dilatateurs, à laquelle M. Vulpian a pris une part active, et la théorie de leur action viennent ensuite; mais sans que les explications soient aussi décisives que pour leurs antagonistes. Leur action indépendante est pourtant démontrée par la paralysie de la sécrétion de la glande sous-maxillaire par l'atropine.

Plusieurs leçons sont consacrées à élucider l'origine si contestée de ces nerfs dans la moelle et l'encéphale et leur action réflexe par le grand sympathique. Un centre unique dans le bulbe est rejeté. L'élévation de la température dans les membres paralysés, les rougeurs, les ecchymoses, à la suite d'apoplexies et de ramollissements de siéges divers, sont les preuves du contraire, de même que certaines congestions viscérales et des maladies intercurrentes, justifient cette interprétation.

Enfin, l'influence de ces nerfs sur l'absorption et les sécrétions en général termine cet exposé synthétique, critique et expérimental, du système vaso-moteur. On arrive ainsi à la XIIe leçon où leur influence spéciale sur l'estomac et l'intestin commence. Diverses lésions organiques leur sont attribuées, de même qu'ils paraissent jouer un certain rôle dans l'action des purgatifs qui est très-minutieusement étudiée d'après les plus récentes expériences. Leur antagonisme avec l'opium et la morphine est ainsi démontré. La XVe leçon, consacrée au rôle de ces nerfs sur les reins et le foie, termine ce premier volume qui se complétera par un autre pour l'examen de leur action sur les autres organes.

Compression du nerf radial. De même que MM. Ollier, Richet et d'autres ont observé des accidents à la suite de l'englobement de filets nerveux dans un cal, M. Trélat a observé la perte complète des mouvements de flexion et d'extension de la main chez un enfant à la suite d'une fracture du bras. Le moindre frôlement sur la main et l'avant-bras provoquait des douleurs atroces. Il y avait paralysie complète des extenseurs et des fléchisseurs des doigts, paralysie incomplète des muscles radiaux avec hyperesthésie de la région. On ne pouvait penser qu'à la compression du nerf par un des fragments chevauchant l'un sur l'autre. L'électricité avait révélé son impuissance. La dégénérescence musculaire marchait, il fallait agir.

Le membre étant comprimé avec la bande d'Esmarch, la branche cutanée du radial fut découverte et trouvée étalée et comme ganglionnée à sa réunion avec la branche musculaire. Un fragment d'os comprimait le tronc commun. Il suffit de réséquer l'agent compresseur pour voir disparaître

aussitôt l'anesthésie et l'on attend le rétablissement des mouvements. (*Association française*, 1874.)

Nerfs collatéraux des doigts. Des dissections attentives ont démontré à M. le docteur G. Richelot que les nerfs collatéraux dorsaux des doigts indicateur, médius et annulaire, viennent exclusivement des collatéraux palmaires et ne sont pas fournis par les nerfs du dos de la main. Les collatéraux palmaires du pouce, émanés du médian, donnent à la dernière phalange un filet sous-unguéal; mais, au niveau de la racine de ce doigt, ils ne fournissent que des filets très-grêles qui vont s'unir aux branches dorsales. Sur l'index, le collatéral palmaire fournit, à la partie supérieure de la première phalange, un rameau, relativement volumineux, qui longe de chaque côté la face dorsale du doigt, et se termine en s'anastomosant avec le filet sous-unguéal. On en trouve deux semblables pour l'index, deux pour le médius, deux pour l'annulaire. Sa disposition est partout la même. Quant au petit doigt, il en est dépourvu, et, sous ce rapport, ressemble entièrement au pouce.

Sur la face dorsale de la main, deux rameaux émanés du radial suivent les côtés de la première phalange du pouce, et se terminent en s'unissant, sur la seconde, au filet sous-unguéal. Même disposition sur l'auriculaire; le cubital lui donne manifestement deux collatéraux dorsaux, qui longent ses parties latérales pour se terminer sur la troisième phalange, et qui ne s'unissent que par de fins ramuscules aux collatéraux palmaires. Mais, aux trois doigts du milieu, le radial et le cubital ne donnent pas trace de collatéraux. Les branches dorsales émanées de ces deux nerfs atteignent la racine de l'index, du médius et de l'annulaire, puis s'épanouissent en ramuscules très-grêles, dont les uns s'anastomosent avec le collatéral dorsal fourni par le palmaire, et les autres s'épuisent dans la peau de la première phalange, sans atteindre la seconde. Les branches du radial donnent ainsi deux demi-bouquets de ramuscules à la racine de l'index et un demi-bouquet au médius; le cubital, un demi-bouquet au médius et deux demi-bouquets à l'annulaire. Tel est le point, d'ailleurs très-restreint, que les traités d'anatomie ont jusqu'ici laissé dans l'ombre.

La connaissance exacte de ces trois sphères de distribu-

tion relative permet d'interpréter plus fidèlement les faits cliniques. Il devient facile de comprendre comment une plaie du nerf cubital abolit ou diminue la sensibilité sur la face palmaire du petit doigt et de la moitié interne de l'annulaire, et comment, à la face dorsale, l'anesthésie occupe la même zone, sans s'étendre à la moitié externe de l'annulaire et à la moitié interne du médius, comme le feraient supposer les descriptions classiques. Mais pourquoi, dans les plaies du nerf médian, la plaque anesthésiée s'arrête-t-elle, d'après Letiévant, à la partie moyenne du médius? Cela pourrait tenir à l'importante anastomose que le cubital fournit au médian dans la paume de la main, et qui donnerait des tubes nerveux au médius et à l'annulaire. Ce serait là, en d'autres termes, un fait de sensibilité suppléée. L'anesthésie, d'ailleurs, gagne dans d'autres cas la moitié externe du quatrième doigt, comme la théorie l'indique; c'est ce que prouve une des observations du docteur Blum. En ce qui concerne les plaies du radial, on s'explique aisément que le maximum de l'insensibilité occupe la moitié externe du dos de la main, la face dorsale de la première phalange du pouce, et s'arrête à la base des doigts médius et indicateur. Quant à l'anesthésie très-légère qui existerait en même temps sur la face dorsale de tous les doigts, il faut, pour s'en rendre compte, admettre que le radial fournit des tubes nerveux anastomotiques non-seulement aux collatéraux dorsaux émanés du médian, mais encore à tous les rameaux que fournit la branche dorsale du cubital. Si, enfin, quelque anomalie se remarque dans la distribution de l'anesthésie à la suite des sections nerveuses, deux causes doivent être invoquées : d'une part, la difficulté de connaître avec précision l'état de la sensibilité, dans certains cas et chez certains malades; d'autre part, l'existence de la sensibilité suppléée dont les effets peuvent varier quant au siége et à l'intensité. (*Union méd.*, n°s 98 et 99.)

NÉVRALGIES. En Amérique, on a observé de bons effets, comme anesthésique local, d'un liquide obtenu en triturant dans un mortier avec quelques gouttes d'alcool, un mélange de poids égaux de camphre et d'hydrate de chloral (*Med. Record*). M. Lennox Browne a aussi employé ce liquide avec succès contre la névralgie en en badigeonnant

légèrement la partie douloureuse; cette application ne produit sur la peau qu'une sensation de fourmillement. Ce composé réussit également contre les maux de dents. (*British med. Journ.*)

Aquapuncture. Après plusieurs autres, M. le docteur Siredey l'a appliquée depuis 1870 aux névralgies sciatiques, intercostales et iléo-lombaires. Une amélioration considérable en est toujours résultée et parfois la guérison dès la première séance.

Quant au moyen de la pratiquer, voyez *année* 1872.

Névralgie traumatique. *Section du nerf médian.* M. le docteur Weir Mitchell, dont l'ouvrage intéressant sur les sections nerveuses (voy. *année* 1873) montre qu'il a profondément étudié ce sujet, relate dans ses moindres détails, une nouvelle observation curieuse de ce genre. Il s'agit d'une dame qui, à l'âge de deux ans et demi, s'enfonça un morceau de bois dans la paume de la main droite, au point où le nerf médian se divise pour envoyer des branches au pouce et aux doigts. La douleur ayant cédé aux cataplasmes et la plaie s'étant cicatrisée, il n'en fut plus question.

On en percevait distinctement la présence, mais sans douleur, lorsque, vingt ans après, la paume de la main fut violemment contuse en retenant une malle qui tombait. Du gonflement et une grande douleur s'ensuivirent, et, trois mois après, des douleurs survinrent dans l'épaule droite. La douleur augmenta, surtout dans le creux de la main, le pouce et l'index. Elle s'étendit à l'avant-bras en allant faire une saison à Plombières en 1871. Il y avait de l'hyperesthésie, surtout au toucher. Les douleurs devinrent intolérables, et, après l'avis et le traitement de plusieurs médecins, le docteur Sapolini (de Milan), s'étant convaincu que la pression du nerf musculo-spinal faisait disparaître la douleur, le divisa sur la partie externe du coude, avec résection d'un pouce. Il s'ensuivit l'absence de douleur et de sensibilité; mais, dès le huitième jour, la douleur revint. Et, malgré les conseils de sir James Paget et de plusieurs autres célébrités de tous les pays, la malade revint dans son pays dans un état déplorable : ne pouvant ni dormir, ni se servir de la main et du bras droits.

Au mois de janvier 1873, M. Mitchell constata que les moindres mouvements causaient des douleurs. L'étude isolée de la sensibilité des différents territoires nerveux montra surtout de l'hyperalgésie dans celui du nerf médian. Le plexus axillaire et le plexus brachial étaient douloureux, ainsi que les trois vertèbres cervicales supérieures. Une sueur odorante et acide s'exhalait constamment de la paume de la main. Tout le membre avait perdu de son volume, soit un pouce environ. Les muscles ne répondaient que faiblement aux courants induits, mais le sens du tact était rétabli par un faible courant constant sur le trajet du nerf médian.

Admettant que ce nerf était la cause principale de la douleur, il fut divisé, le 2 mars 1873, par une incision oblique de 2 pouces 1/2 sur les bords des muscles longs fléchisseurs. Trois quarts de pouce en furent réséqués avec les ciseaux, et, pour empêcher la réunion des extrémités, le bout inférieur fut fixé transversalement dans les tissus environnants. Les douleurs disparurent comme précédemment, et un érysipèle survint de même ; mais, dès le huitième jour, une amélioration manifeste existait. Il y avait quelques mouvements musculaires ; le toucher n'était pas absolument perdu, et, malgré l'augmentation de température, l'éruption acnéiforme et la transpiration avaient disparu. Un érysipèle de l'épaule et une arthrite subaiguë métacarpo-phalangienne de l'index, tout en retardant la guérison, n'empêchèrent pas que, dix mois après cette seconde section nerveuse, l'opérée était complétement délivrée de toute douleur. Les muscles du pouce étaient atrophiés, et le tact gravement compromis dans les parties figurées par des planches.

L'examen microscopique et comparatif des différentes coupes du nerf médian montra une profonde altération des fibres nerveuses et du *cylinder axis*, qui est également figurée par de nombreuses planches. C'est donc là un très-beau succès de névrotomie, dont les détails méritent d'être étudiés dans le travail original. (*Amer. Journ. of med. sciences*, juillet.)

Névralgie traumatique du nerf obturateur. Dans une chute de cheval, une femme de cinquante ans, ni névropathique, ni rhumatisante, se heurte violemment la fesse et

la cuisse gauche. Une ecchymose apparaît le lendemain, pouvant faire croire à une fracture du col du fémur; mais la direction normale du pied et la possibilité des mouvements, quoique douloureux, indiquent suffisamment le contraire.

Dès le troisième jour, des élancements douloureux de la partie supéro-interne de la cuisse se déclarent, et vont en augmentant, au point d'empêcher tout mouvement et même la position assise.

A l'examen, quatre mois après, M. le docteur Le Dentu constate exclusivement de vives douleurs à la pression, vers le trou sous-pubien, entre les adducteurs superficiels et profonds, et un peu au-dessus de l'anneau du grand adducteur. Les irradiations douloureuses se prolongent jusqu'au talon.

Des injections et des vésicatoires morphinés, ainsi qu'un liniment chloroformé, amenèrent la guérison dans l'espace de deux mois.

Telle est la rareté de cette névralgie, qu'aucun cas ne s'en trouve dans les auteurs spéciaux. Celui-ci est assez authentique pour montrer qu'elle peut exister, quelle qu'en soit la cause, pour être connu, et prémunir les praticiens contre la crainte d'une fracture obscure. (*Gaz. des hôpit.*, n° 23.)

Névralgie traumatique secondaire précoce. M. Verneuil appelle ainsi une douleur indépendante de toute lésion matérielle appréciable, survenant de trois à cinq jours après la cessation de la douleur du traumatisme et apparaissant dans son foyer ou son voisinage. Il en a recueilli une vingtaine de cas depuis 1853. La douleur spontanée, quel que soit son siége, débute d'ordinaire brusquement, le plus souvent la nuit, sinon l'après-dînée, rarement le matin. Elle est habituellement intermittente; le nombre des accès varie, et l'on a pu en noter jusqu'à quatorze sur une malade non traitée. Elle résiste aux antiphlogistiques et aux narcotiques, et cède sans peine au sulfate de quinine; mais elle récidive, si l'antipériodique est suspendu prématurément.

On observe concurremment des contractures ou des convulsions musculaires, parfois un certain degré d'impuissance simulant la paralysie. Des battements se manifestent

dans la plaie avec hémorrhagies secondaires, coïncidant et cessant avec les accès névralgiques. Des troubles fonctionnels ont lieu par action réflexe. Un aspect diphthéroïde de la plaie peut se montrer chez les rhumatisants et les herpétiques. D'autres fois, c'est une inflammation phlegmoneuse. Effets de la douleur, ces complications se modifient, et disparaissent comme elle par l'emploi du sulfate de quinine.

L'hyperesthésie d'une plaie au moindre contact, avec spasmes ou pseudo-paralysie musculaire, congestions vasculaires simples ou hémorrhagiques, aspect diphthéroïde, douleur intermittente, quotidienne, nocturne, sont donc les caractères diagnostiques de cette nouvelle névralgie, que M. Cazeneuve (de Lille) est disposé à regarder comme une fièvre larvée. (*Assoc. française*, 1874, et *Archiv. de méd.*, novembre.)

Névralgie ano-périnéale. Elle est idiopathique et symptomatique. Dans le premier cas, elle est ordinairement la suite d'excès vénériens, de l'onanisme ou de la masturbation, sinon de la continence. M. Weir Mitchell en cite des exemples. La douleur a alors, comme toutes les névralgies, des exacerbations paroxystiques, pour diminuer peu à peu après un temps plus ou moins long.

Dans le second cas, au contraire, les douleurs sont comme fulgurantes; elles apparaissent subitement, surtout la nuit, et après une durée variant de quelques heures à un ou deux jours; elles cessent tout à coup, comme elles avaient apparu, pour revenir après quelques semaines ou quelques mois.

Confirmant les observations cliniques de M. Charcot, qui a décrit des douleurs vésicales, uréthrales et rectales comme des anomalies de l'ataxie locomotrice, M. Weir Mitchell relate deux observations d'ataxiques, qui éprouvaient, conjointement avec les douleurs fulgurantes des membres, une douleur déchirante à l'anus et au périnée dès qu'ils se mettaient au lit, et sans que l'état de l'intestin les expliquât aucunement. Cette douleur étant intermittente, passagère, et cessant immédiatement par l'application locale de la glace, l'auteur la rattache à l'ataxie.

Elle en dépend si bien, d'après M. Charcot, qu'elle apparaît parfois sept à huit mois avant les douleurs fulgurantes

de l'ataxie, comme il en rapporte des exemples dans ses *Leçons cliniques* sur ce sujet.

Névralgie du testicule. *Sulfate de zinc.* Le docteur Luzarus l'a souvent employé à l'intérieur avec succès contre le testicule douloureux ; trois cuillerées à soupe par jour, d'une dose de 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, et en injections sous-cutanées derrière le scrotum avec 50 centigrammes dans 10 à 12 grammes d'eau. (*Wiener med. Press.*)

Névralgie utérine compliquant la grossesse. — Voy. GROSSESSE.

NÉVRITE OPTIQUE. *Signe des tumeurs cérébrales.* — Voy. *ce mot.*

NÉVROMES. Celui du nerf médian, incisé par M. Bachon (voy. *année* 1873), a subi une espèce de récidive. A peine sorti de l'hôpital, l'opérée vit apparaître, à un centimètre au-dessus du ligament antérieur du carpe, c'est-à-dire au-dessus du point où le nerf avait été réséqué, une grosseur comme un pois, douloureuse à la pression. Huit mois après, elle se présente à M. le docteur Spillmann avec le volume d'une aveline, quintuplé quatre mois après. Le membre, amaigri en entier, était le siége de douleurs vagues, légères, continues. La tumeur indolore détermine cependant à la pression des douleurs s'irradiant le long des doigts, suivant exactement le trajet des branches terminales du médian.

Une incision de 12 centimètres au-dessus de celle précédemment faite, permet de couper le nerf au-dessus du névrôme, de disséquer celui-ci, et de l'exciser ensuite en réséquant ainsi 8 centimètres du nerf. La plaie réunie est recouverte du bandage ouaté, et tout se passa dans les meilleures conditions.

La sensibilité est demeurée intacte dans tous les points où elle existait et les doigts mobiles. Comment expliquer une régénération nerveuse si rapide? Il faut donc admettre, avec M. Robin, des anses avec le radial ou les substitutions physiologiques de M. Tripier, pour expliquer cette conser

ation de la sensibilité. C'est surtout sous ce rapport que cette observation est remarquable. (*Gaz. des hôp.*, n°s 36 et 39.)

Névrôme douloureux de la peau. Un irlandais de soixante-dix ans — on ne dit pas sa profession — portait depuis quatre ans de petites nodosités de la peau sur l'épaule gauche, lorsqu'il fut soumis à l'observation du docteur Dubring. Pendant cinq ans, elles augmentèrent lentement de nombre et de volume sans être douloureuses, lorsqu'elles s'accrurent subitement en un an, au point de couvrir le scapulum, l'épaule et la surface externe du bras, surtout à l'insertion du deltoïde. Ce sont de petits nodules durs, arrondis, inclus dans la peau, sans pédicule, du volume d'une tête d'épingle à un gros pois, et étroitement unis par place. La peau est endurcie dans l'intervalle.

Ces tumeurs sont douloureuses au toucher, plus chaudes que les tissus adjacents, et le siége de douleurs violentes et paroxystiques d'une durée de dix minutes à une heure, qui en augmentent la température et leur communiquent une couleur livide. C'est leur caractère distinctif. Les mouvements du bras, l'exposition au froid et toutes les causes excitantes en provoquent le retour; ces douleurs s'irradient dans le bras, la poitrine, le cou, la tête, et augmentent les accès névralgiques de celle-ci.

L'excision de trois de ces nodules pour les soumettre à l'examen microscopique détermina une vive douleur. Peu de sang s'écoula Leur section était d'un blanc mat, solide et homogène, sans attaches filamenteuses. Des spécimens soumis au microscope, après diverses préparations, montrèrent l'épiderme irrégulier, brisé par place, le réticulum imparfaitement développé, avec des formations concentriques suivant l'arrangement globulaire de l'épithélioma, papilles hypertrophiées irrégulièrement et comme infiltrées d'un tissu connectif, ferme et nouveau. Les fibres du tissu élastique et connectif étaient distribuées dans les parties les plus profondes, avec des filaments isolés ici et là, ressemblant beaucoup à des fibres nerveuses très-déliées. Ni tronc ni branches nerveuses ne furent toutefois distingués.

Telles étaient les douleurs endurées par ce malade en fréquence et en intensité, qu'en lui proposant la résection

du plexus brachial pour y mettre fin, malgré la paralysie du bras qui devait s'ensuivre, il l'accepta avec empressement. Elle fut pratiquée le 29 octobre à l'hôpital de Philadelphie. Les 4/5 d'un pouce de la substance nerveuse furent réséqués. L'opération dura cinq quarts d'heure. Le bras fut aussitôt paralysé, mais sans douleur, si ce n'est dans l'épaule, où quelques accès persistèrent; l'opéré s'estime pourtant heureux d'avoir un bras inutile, mais du moins sans douleur. Aucun nouveau tubercule n'est depuis apparu sur ce bras. (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1873 et juillet 1874.)

Diagnostic différentiel avec l'angiome. Trois observations, faites successivement par M. Trélat, montrent que le névrôme peut être confondu avec l'angiome douloureux. Dans la première, il s'agit d'un individu atteint d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, située sur le côté externe de la jambe droite. Les douleurs étaient très-aiguës, s'irradiaient le long de la cuisse et de la jambe et étaient augmentées par le plus léger attouchement. L'extirpation fut immédiatement pratiquée, et l'examen microscopique démontra qu'on avait eu affaire à un angiome.

Dans la seconde observation, la tumeur siégeait à l'avant-bras; elle fut prise pour un névrôme; extirpée, on reconnut alors qu'il s'agissait d'une tumeur vasculaire.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'une tumeur de la vulve, localisée sur la petite lèvre. Elle fut enlevée; c'était un angiome.

Autrefois, toute douleur très-vive dans une tumeur petite et isolée indiquait forcément un névrôme. De ces trois observations, il résulte que cette douleur irradiée peut être un symptôme trompeur, puisque dans les cas relatés, elles accompagnaient les tumeurs d'une nature toute différente. (*Assoc. française*, 1874.)

NÉVROTOMIE. *Section du nerf buccal par la bouche.* A l'exemple de Nélaton, M. Panas l'a pratiquée avec succès le 3 novembre 1873, sur une femme de soixante-cinq ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, pour une névralgie trifaciale droite datant de douze ans. La bouche tenue largement ouverte et bien éclairée, l'index gauche du chirurgien est porté

au milieu du bord coronoïdien de la branche du maxillaire. Il pratique parallèlement à son ongle une incision verticale de la muqueuse de 2 centimètres 1/2 de long, commençant au milieu de la dernière molaire supérieure pour aboutir à l'inférieure correspondante. Toutes les fibres du muscle buccinateur, mis à nu, sont divisées couche par couche dans un second temps, et, dans un troisième, après avoir recherché avec un petit crochet mousse le nerf qui se dirige d'arrière en avant, on en fait la section ou l'excision avec des ciseaux courbes sur le plat et à pointe mousse. Il suffit de tordre l'artériole qui l'accompagne pour arrêter l'hémorrhagie.

Les avantages de ce procédé sur l'incision externe sont de prévenir toute cicatrice et difformité apparente, d'éviter l'érysipèle et la blessure de l'artère faciale ou le canal de Sténon. (*Acad. de méd.*, décembre 1873, et *Union méd.*, n° 7.) — Voy. Névralgies.

Nerf sous-orbitaire. Considérant les nombreuses anomalies de ce nerf à la sortie de son canal, qu'il démontre par les citations des anatomistes et de très-belles planches, le professeur Calori proscrit la section de ce nerf à sa sortie contre la prosopalgie, ou tic douloureux. Il pose comme principe, au contraire, de la faire dans le canal même afin qu'aucun rameau n'échappe à l'instrument tranchant. (*Rivista clinica di Bologna*, octobre.)

NITROBENZINE. Après une seule friction d'un liniment à la nitrobenzine formulé par un médecin contre la gale à un homme de quarante-cinq ans, M. le docteur Limasset observa de la céphalalgie avec vertiges, nausées, vomissements de matières rouges, avec coloration de la peau d'un bleu noir, face livide plombée, cyanose, incertitude des mouvements et odeur pénétrante d'amandes amères. Des vomissements et des boissons excitantes déterminèrent heureusement la disparition de ces effets toxiques ; mais, dans un cas où ce liquide fut avalé par erreur, la mort s'ensuivit six heures après, malgré l'ingestion d'un repas complet ensuite. L'analyse chimique a démontré la présence de la nitrobenzine dans l'estomac. (*Union méd.*, n° 17.)

C'est donc là un poison violent comme l'aniline, dont

l'emploi thérapeutique doit être rejeté, même extérieurement.

Action sur les reins. Le docteur Ewald en en injectant 2 à 5 décigrammes sous la peau des lapins, a obtenu 1 à 2 pour 100 de sucre dans l'urine pendant vingt heures environ, sans polyurie appréciable. Au delà de 1 gramme, les lapins succombent en trente heures. Chez le chien, au contraire, l'injection hypodermique de 3 décigrammes jusqu'à 2 grammes, qui est mortelle, ne produit pas de glycosurie, tandis que 5 à 8 décigrammes, introduits par la bouche, déterminent aussitôt jusqu'à 2 pour 100 de sucre. (*Centralb.*, n° 52, 1873.)

Ces différences tiendraient, selon le docteur Jaffe, à ce que l'azote est mis en liberté par l'injection hypodermique chez le lapin, tandis que cette exhalation est insensible chez le chien. Au contraire, tandis que, dans le premier cas, le phénol est imperceptible dans l'urine, il s'y trouve en grande abondance quand le poison est administré par la bouche, ce qui indique qu'il se forme dans l'estomac. Toutefois, on n'a observé aucun des signes caractéristiques de l'empoisonnement par le phénol. (*Arch. für exper. pathol.*)

Il y a donc lieu de rechercher la présence du sucre dans les urines des sujets qui emploient la nitrobenzine et de voir s'ils ne sont pas ainsi atteints d'un diabète artificiel.

NOURRISSONS. *Lait de chienne contre le rachitisme.* L'habitude de se servir de petits chiens pour former les bouts ou mamelons des jeunes nourrices et pour téter celles qui ont du lait en excès ou qui sont privées de leurs nourrissons, est très-préjudiciable à ces animaux. Cette observation intéressante, sinon absolument nouvelle, a été faite par M. le docteur Bernard, à Montbrun-le-Buis (Drôme), où les femmes ont l'habitude de continuer l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et demi à trois ans. Toute femme qui perd son nourrisson avant cette époque en prend un autre, ou, à son défaut, a recours a de jeunes chiens. Or cet usage a entraîné une dégénérescence remarquable de la race canine dans le pays, où tous les chiens portent les empreintes d'un rachitisme prononcé. M. le professeur Depaul a confirmé cette nocuité par une observation faite sous ses yeux. Le

lait n'est pas assez nourrissant, assez fort pour eux et les rend rachitiques, tandis que le lait de chienne, très-nourrissant, très-fort, tonifie les petits enfants et convient parfaitement aux nourrissons affaiblis, disposés au rachitisme. C'est ce que M. Bernard a démontré en soumettant un jeune enfant de vingt-six mois, profondément rachitique, à l'usage du lait de chienne, après avoir inutilement employé les médicaments en usage. La chienne était une belle grande courante de quatre ans, donnant de 80 à 110 centilitres de lait par jour.

Vers le milieu du deuxième mois, il s'est manifesté une amélioration notable dans l'état des os et dans les mouvements musculaires de l'enfant. Au commencement du troisième mois, il commençait à marcher, et, au centième jour, les courbures osseuses s'étaient en partie redressées et l'enfant marchait sans le secours d'une main étrangère.

L'influence du lait de chienne se comprend du reste facilement, si l'on tient compte de sa composition chimique. Voici, d'après M. Jacquemier, les différences comparées des deux laits :

	Lait de femme.	Lait de chienne.
Eau	889,08	737
Matières solides	110,92	263
Beurre	26,56	97,20
Sucre	43,64	30
Caséine et matières extractives	39,24	117
Sels	1,38	13,50

O

OBLITÉRATION DU CANAL SPERMATIQUE. — Voy. Coliques spermatiques.

OBSTRUCTION LACRYMALE. *Dilatation forcée.* Imitant ce qu'a fait Mayor (de Lausanne) pour les rétrécissements de l'urèthre, M. Cuignet (de Lille) propose d'entrer d'autorité dans le canalicule lacrymal et, de là, dans le canal nasal, sans aucune division de leurs parois. Il emploie à cet effet une sonde en argent, longue de 10 centimètres et de forme conique, mousse à ses deux extrémités et dont la

pointe répond au numéro 1 de Bowman, tandis que le bout opposé correspond au numéro 7 ou 8. Après avoir vérifié l'état des voies lacrymales, on la pousse dans le canalicule jusqu'à l'unguis, et, recherchant l'entrée du canal nasal, on l'enfonce jusqu'au plancher en pressant avec le pouce sur son gros bout. Elle pénètre ainsi jusqu'à 6 à 7 centimètres.

Aussi simple que le cathétérisme, cette opération n'en diffère que par la force à employer pour élargir les parties. On retire la sonde après une demi-minute de séjour, si l'opéré n'est pas anesthésié, ou jusqu'au réveil dans le cas contraire. Quelques inspirations d'eau fraîche suffisent à arrêter le saignement de nez et modèrent la cuisson consécutive. Un gonflement œdémateux et ecchymotique autour du méat, pendant dix-huit à vingt-quatre heures, est la seule complication. En raison des légers accidents immédiats de contusion, gonflement ou endolorissement, il convient d'attendre trois ou quatre jours avant de passer une nouvelle sonde pour maintenir la dilatation. On renouvelle le cathétérisme deux fois par semaine avec les numéros 5 et 6. La récidive est ainsi prévenue. Les résultats sont les mêmes qu'avec la dilatation progressive et la guérison s'obtient ordinairement en deux ou trois mois.

Ce procédé convient surtout dans les obstructions simples du canalicule, qu'elles résultent d'altération des parties molles ou des os. On l'emploie aussi après l'ouverture de la tumeur ou de la fistule lacrymale.

Ses avantages sont de n'être pas sanglant et d'être ainsi mieux accepté ; de ne pas entraîner des vomissements de sang et de permettre l'emploi de l'anesthésie. Il n'expose pas aux rétrécissements, maintient la conformation normale des canaux et n'exige que la moitié du temps de la dilatation progressive pour la guérison.

Sept observations, choisies entre plusieurs autres, justifient les propositions précédentes et peuvent servir d'encouragement et d'indication à l'emploi de ce nouveau procédé. (*Recueil d'ophthalm.*, octobre.)

OEDÈME. Pathogénie. Vérifiant les expériences de M. Ranvier, M. Rott les a répétées sur des chiens, des lapins, des cochons de mer, des grenouilles, en liant les veines en

un ou plusieurs endroits, puis en sectionnant le nerf collatéral. Dans quelques cas, la ligature seule de plusieurs veines a suffi pour produire l'œdème, mais il était toujours plus abondant et rapide quand elle était accompagnée de la section du nerf. La lésion des vaso-moteurs n'est donc pas absolument indispensable ; ce qui concilie l'étiologie ancienne avec celle de M. Ranvier. (*Berl. klin. Wochensk.*, n° 9.)

Œdème charbonneux. — Voy. Charbon.

Œdème aigu angioleucitique. Cette nouvelle variété est caractérisée anatomiquement, selon M. Quinquaud, par une phlegmasie des vaisseaux lymphatiques ; indépendamment de la lymphangite funiculaire, on voit coexister celle des réseaux. En certains points apparaissent des foyers purulents, séparés par du tissu œdématié (angioleucite nodulaire). Par places se montrent des phlyctènes remplies de sérosité albumineuse et de quelques leucocytes ; au-dessous se rencontrent des plaques gangréneuses d'un brun violacé. Ces plaques, exclusivement cutanées et séparées par du tissu à peu près sain, sont produites par une infiltration purulente et fibrineuse du derme seul.

Le tableau clinique est celui d'une affection fébrile ; au début, frissons pendant trois à quatre jours de suite ; état gastrique ; température rectale, 39°,5 à 40 degrés pendant huit à dix jours ; pouls à 100 ou 110. Bien que le mouvement fébrile soit intense, l'état général reste satisfaisant ; l'adynamie est exceptionnelle.

Le traitement consiste en bains prolongés, en toniques de toute nature et en applications émollientes. (*Acad. des sciences*, mars.)

ŒSOPHAGE. *Corps étrangers.* L'urgence de pratiquer l'œsophagotomie se déduit des faits suivants quand le corps étranger, siégeant dans l'œsophage, y cause de la douleur et ne peut être retiré par les moyens ordinaires. Un homme de soixante-deux ans se présente à l'hôpital en accusant une douleur derrière le sternum produite par un petit os qu'il a avalé en buvant du bouillon. M. Duplay explore avec le panier de Græfe et constate un obstacle à 19 centimètres de profondeur des deux incisives, mais sans rien amener. La

sonde œsophagienne donne le même résultat le lendemain et la sonde à olive le surlendemain. Cet homme buvait facilement et pouvait manger du pain. Mais les troubles de la déglutition s'accentuent, la fièvre éclate dès le troisième jour et une broncho-pleuropneumonie emporte le malade.

L'autopsie montre un petit os triangulaire couché transversalement dans l'œsophage. Une des pointes a perforé la paroi latérale gauche correspondant à la quatrième vertèbre dorsale. Un petit foyer purulent s'est formé et n'est séparé que d'un centimètre de la crosse de l'aorte. C'était la seule lésion locale, mais sa gravité pouvait à elle seule entraîner la mort. L'implantation de l'os était telle que des tractions de bas en haut auraient pu amener des lésions plus graves. L'œsophagotomie externe était le seul moyen indiqué.

M. Demarquay l'ayant pratiquée tardivement sur un enfant de trois ans qui avait avalé un sou, placé sur la partie latérale gauche du cou, trouva l'œsophage perforé par cette pièce de monnaie. L'enfant mourut et un abcès rétro-pharyngien ouvert dans la plèvre fut constaté par l'autopsie.

De même chez un autre enfant qui avait avalé une pièce de deux sous. La fièvre s'alluma rapidement avec pleurésie droite mortelle. Le décime avait produit un phlegmon en arrière de l'œsophage, s'ouvrant dans la plèvre dans laquelle le sou était sur le point de passer.

Des expériences faites sur les animaux à ce sujet ont toujours montré l'œsophage intact à M. Demarquay, mais avec phlegmon en arrière tendant à s'ouvrir dans la plèvre droite. C'est donc là un danger fréquent, sinon constant, et que l'enlèvement rapide du corps étranger peut seul prévenir.

L'œsophagotomie externe est d'ailleurs loin d'avoir la gravité qu'elle inspire ; puisque sur 24 opérations relatées par M. Terrier, il y a eu 20 guérisons, tandis que sans elle et quand le corps étranger ne peut être retiré autrement, la mort s'ensuit presque fatalement sans que le *ramonage de l'œsophage*, rappelé par M. Krishaber, puisse toujours la conjurer (voy. *années* 1867, 1869 et 1870).

OMOPLATE. *Excision.* Le premier en France, M. le professeur Michel a exécuté cette opération avec succès. Plus confiant dans les résultats obtenus à l'étranger (voy. *année*

1868) que dans le blâme sévère porté par Michon dans son rapport à l'Académie de médecine, en 1864, sur l'observation de M. Michaux, il n'a pas hésité à la pratiquer. C'était sur un cultivateur de cinquante ans qui, à la suite de chutes et de traumatisme sur l'épaule droite, ressentit de vives douleurs qui l'obligèrent à cesser tout travail. Malgré diverses médications externes, des tumeurs osseuses s'accentuèrent, puis devinrent fluctuantes, et l'ouverture de l'une d'elles fit diagnostiquer une dégénérescence kystique myéloïde du scapulum. Le malade était pâle, décoloré, amaigri, incapable du moindre effort.

L'extirpation entière du scapulum fut pratiquée le 20 septembre 1868, et ne dura que dix minutes. Une seule artère fut liée ; peu de sang fut répandu. Pendant un mois, l'état général fut inquiétant : le pouls variait de 110 à 120, la température élevée sans frissons, inappétence et dégoût des aliments ; muguet récidivant dans la bouche. Tous ces accidents cessèrent dès la cinquième semaine. L'aspect blafard de la plaie devint meilleur, et la cicatrisation marcha rapidement avec un abaissement de 5 centimètres de l'épaule. La tête de l'humérus est fixée entre la clavicule et les deux premières côtes.

Cinq ans et quatre mois après l'opération, les mouvements de l'avant-bras et de la main sont intacts et ont conservé toute leur force. Ceux de la nouvelle articulation sont si étendus que l'opéré peut se livrer aux travaux les plus pénibles de la campagne : il fauche, laboure, porte des charges, etc. Pour élever son bras et le porter à la tête, il lui fait décrire un mouvement de propulsion d'arrière en avant pendant lequel le grand pectoral se contracte énergiquement, et lui permet d'atteindre son but avec facilité.

Ce succès vient se joindre à ceux de Syme, Shuppert, Jones et Stephen Rogers. Sur 11 cas que l'on compte aujourd'hui d'excision de l'omoplate avec conservation du bras, c'est donc 5 succès. L'opérée de soixante-dix ans de Syme pourrait presque en former un sixième cas ; atteinte d'un kyste osseux, comme dans le cas actuel, elle a plutôt succombé à la vieillesse, deux mois après son opération, qu'à la nature du mal. La guérison serait ainsi de moitié.

Cette proportion est d'autant plus satisfaisante, que l'insuccès des autres cas se rapporte à une affection cancéreuse

dont la récidive seule a entraîné la mort. A peine si celle-ci peut être rapportée à la pyohémie dans le cas de Heyfelder. Le blâme de Michon n'est donc pas justifié. Le diagnostic du cancer de l'omoplate n'étant pas toujours possible, il n'est pas permis de s'abstenir dans tous les cas où l'existence de ce néoplasme le commande. Il est là comme ailleurs et plus qu'ailleurs une contre-indication formelle à une telle mutilation ; mais si elle est impuissante à conjurer les récidives des néoplasmes malins, elle donne des résultats très-satisfaisants dans les autres circonstances (*Gaz. hebd.*, nº 27.)

Excision du scapulum et d'une grande portion de la clavicule. Cette mutilation hardie a été pratiquée par M. Jeaffreson (de Newcastle) sur une jeune fille de vingt ans, pour un cancer des os. Après l'amputation du bras dans l'article, au mois d'août 1873, une récidive se manifestait quelques mois après, et l'excision de l'omoplate et des deux tiers de la clavicule fut exécutée le 14 décembre. L'extrémité de ces os présentait la densité et la dureté de l'ivoire. Des ganglions lymphatiques étaient ossifiés, et la base du moignon infiltrée de matière encéphaloïde.

Malgré l'étendue et la gravité du traumatisme, la cicatrisation fut rapide, et l'opérée quittait sa chambre moins d'un mois après. Aussi l'opérateur l'enregistre comme un exemple de guérison dans une statistique de sept cas analogues collectés dans les auteurs. Il est remarquable qu'aucun n'est indiqué comme ayant été suivi de mort. L'opéré du docteur M'Clellan est même cité comme guéri, quoique mort six mois après, et il en sera probablement de même de celle de M. Jeaffreson ; car, dès le mois de mai dernier, la récidive se manifestait. (*Lancet*, 30 mai.)

A quoi donc servent de pareilles statistiques, si ce n'est à montrer le pouvoir de la chirurgie et l'habileté de ses ministres pour enlever le mal, mais non pour le guérir, quand il s'agit de diathèses aussi profondes que le cancer?

OPÉRATION CÉSARIENNE. Plus une opération est dangereuse, et plus il importe d'en simplifier le manuel pour tâcher de la rendre moins fatale. De nombreuses modifications ne cessent ainsi d'être proposées dans l'hystéro-

tomie. Deux sont venues récemment d'Italie. La première est importante, car elle tend à diminuer l'étendue même de la plaie. De même que, dans la version, on s'assure, par la palpation externe, de la position des pieds, afin d'introduire plus sûrement la main pour aller les saisir, M. le docteur Ungarelli s'en assure également, avant de pratiquer l'hystérotomie, pour faire l'incision sur les pieds mêmes, et rendre ainsi possible l'extraction de l'enfant par cette extrémité, au moyen d'une incision moins étendue que par l'extrémité céphalique. Une incision de 9 centimètres, pratiquée dans le flanc gauche, suivant cette règle, lui a suffi pour amener un enfant par les pieds, et la mère s'est parfaitement rétablie. (*Bull. delle sci. med.*, 1873.)

Sans préjuger si cette incision latérale diminuée ne favorise pas la déchirure de l'utérus et l'épanchement des liquides dans le péritoine, cette modification, couronnée de succès, nous paraît digne d'être signalée et même renouvelée. Tout succès justifie de nouvelles tentatives, lors même qu'elles s'éloignent des principes reçus.

La seconde est la suture élastique employée avec succès par M. Grandesso-Silvestri (voy. *année* 1873). Ce moyen nouveau a été examiné par M. le professeur Stoltz dans la *Gazette obstétricale*. Ce serait une recommandation puissante si le savant et judicieux accoucheur y eût donné son assentiment; mais il en interprète tout autrement le succès que par son élasticité : « Le fil élastique cède parfaitement à la chaleur et à l'humidité, dit M. Stoltz, autrement il couperait les tissus qu'il a embrassés, comme le prouve son usage dans l'ablation des tumeurs. » Ce n'est donc pas par son élasticité qu'elle a réussi, elle échouerait plutôt suivant cette action. Le succès du fil ordinaire est d'ailleurs une objection irréfutable.

M. Grandesso-Silvestri n'en persiste pas moins à lui attribuer des avantages spéciaux. Employée dans un second cas, sur une incision de 21 centimètres 1/2 de l'utérus, avec un fil élastique de 1 millimètre de diamètre en six points différents, elle avait amené une réunion par première intention, quarante-neuf heures et demie après l'opération, comme le montra l'autopsie faite vingt-sept heures et demie après la mort (*Gazz. med. Venete*, n° 36, septembre). Est-ce là une preuve de sa supériorité?

Un nouveau succès pour la mère et l'enfant a été obtenu par M. le docteur de Closmadeuc, à l'hôpital de Vannes, sur une fille primipare de vingt-sept ans, n'ayant que 97 centimètres de taille (*Ann. de gynécol.*, juillet). C'est le second succès obtenu par ce distingué praticien.

L'ovotomie abdominale ou opération césarienne, par le docteur Baudon, lauréat de l'Académie de médecine de Paris. Un vol. in-8° de 230 pages.

OPHTHALMOLOGIE. *Simulation d'une ophthalmie purulente par un corps étranger.* On apporta à M. le docteur Bruté (de Rennes), un enfant de dix-huit mois qui se réveilla un matin en pleurant et en portant les mains à l'œil gauche. La paupière supérieure était rouge et tuméfiée et recouvrait entièrement le globe. Malgré des lavages tièdes et des cataplasmes, le mal et les souffrances allèrent en augmentant. Vu le septième jour, on remarque une énorme tuméfaction rouge, empâtée, sans fluctuation de la paupière supérieure. En l'écartant, il en sort un jet de pus. La conjonctive oculaire est œdématiée, injectée, sans bourrelet chémosique ni le plus léger trouble de la cornée.

Un examen superficiel pouvait faire croire à une ophthalmie purulente, car les parents niaient toute blessure, contusion ni l'introduction de corps étranger. C'est en pratiquant des scarifications sur la conjonctive palpébrale que, dès la troisième, apparut un corps jaunâtre très-pointu. C'était un morceau de très-gros crin, long de 2 centimètres. On comprend que le mal qu'il avait causé guérit facilement; mais ce fait montre combien un examen minutieux est nécessaire dans ces cas obscurs avant de porter un diagnostic et instituer un traitement. (*France méd.*, n° 62.)

Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire, par le docteur Alphonse Desmarres. Un volume in-8° de 492 pages et 27 figures. Paris.

Recueil de 35 leçons dont 11 consacrées à la cataracte, 12 aux maladies de l'iris et les autres au strabisme, aux maladies des voies lacrymales et des paupières. Véritable livre de l'école française et qui continue les excellentes traditions de M. Desmarres père.

OSMIUM. Les propriétés toxiques de ce nouveau corps, démontrées par les accidents graves qu'en ont éprouvé plusieurs chimistes en le manipulant, ont été confirmées par l'empoisonnement mortel d'un homme de trente ans qui, sans ouvrage, avait accepté de servir d'homme de peine au laboratoire de l'École normale, où l'on maniait ce produit. Sans aucun antécédent syphilitique ni alcoolique, il éprouva d'abord de vives douleurs dans les yeux avec sommeil lourd rempli de cauchemars, puis une éruption abondante aux mains, aux avant-bras et au visage, enfin une céphalalgie intense et troubles digestifs.

Des frissons avec dyspnée asphyxique l'ayant fait entrer à la Pitié, M. Vulpian constata une bronchite généralisée avec pneumonie étendue et mobile. Des papules d'un rouge brunâtre existent sur les avant-bras et aux mains. Urines albumineuses. Température à 40 degrés.

La mort survint après huit jours, et l'autopsie montra des traces de pneumonie à des différents degrés dans le poumon gauche avec inflammation des ganglions bronchiques. Taches ecchymotiques de la largeur de la main dans la grande courbure de l'estomac; lésions rénales de la deuxième période de la maladie de Bright.

L'acide osmique n'a pu être reconnu faute de réactifs. (*Soc. de biol.*, juin.)

Injecté sous la peau des chiens, à la dose de 4 à 12 centigrammes, il ne produit aucun phénomène toxique, d'après les expériences de M. Rabuteau. Il est donc réduit par les tissus, car, pris et absorbé par l'estomac ou les poumons, il produit les lésions des poisons métalliques les plus actifs, et, en particulier, la néphrite albumineuse.

Pour retrouver l'osmium dans les tissus, on introduit ceux-ci par fractions dans un creuset chauffé au rouge et contenant du nitre. La matière organique est brûlée par le nitre, et l'osmium transformé en osmiate de potasse. On traite par l'eau distillée, qui dissout l'osmiate et l'on additionne la solution d'acide sulfurique et de zinc pur. L'hydrogène naissant qui se dégage ramène l'osmium à l'état métallique sous l'aspect d'une poudre d'un bleu noir. (*Idem*, juillet.)

OSTÉOGÉNIE. *Influence du cartilage.* Par des prépara-

tions spéciales des os longs d'embryon séparés des parties molles, tout en conservant le périoste et le cartilage, M. Ranvier a découvert une ligne droite séparant l'os en voie de formation de son cartilage primitif. Celui-ci finit brusquement, puis commence un tissu alvéolaire, à travées cartilagineuses infiltrées de sels calcaires, et dont les alvéoles correspondent aux capsules primitives. Ces alvéoles communiquant ensemble forment un système caverneux continu renfermant des vaisseaux sanguins et de la moelle embryonnaire. Une anse vasculaire se rencontre dans celles qui font suite au cartilage. Sa convexité est en rapport direct avec une convexité secondaire, destinée à disparaître, à mettre la cellule en liberté et concourir ainsi à l'agrandissement de l'alvéole. On constate cette disposition sur les os d'embryon d'homme, de chien, de bœuf, de mouton et de lapin, sur les lignes d'ossification du fémur, du tibia, de l'humérus, et d'autres os longs. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de Lovin, que les vaisseaux jouent le principal rôle dans l'ossification en apportant, avec les matériaux nutritifs, les éléments cellulaires de la moelle.

Dans l'os développé ainsi aux dépens du cartilage, on en retrouve toujours des vestiges sous forme de petites masses triangulaires ou quadrangulaires, dont les côtés courbes se regardent par leur convexité. Elles se distinguent des os par une coloration différente.

On peut reconnaître ainsi les portions d'un os développé directement aux dépens du tissu cartilagineux de celles qui se forment à la surface de l'os par le périoste. La limite en est manifeste par une coupe longitudinale d'un os long d'embryon de mammifère. L'*os cartilagineux* occupe le centre et ressemble à la coupe longitudinale d'un sablier; l'*os périostique*, au contraire, forme de chaque côté une figure semi-lunaire. Un sablier plongé dans un vase cylindrique figure assez exactement l'os cartilagineux, tandis que l'espace compris entre eux correspond à l'os périostique.

Quant à la ligne d'ossification, placée entre l'os et le cartilage, on observe une encoche creusée dans celui-ci aux extrémités de cette ligne. C'est l'*encoche d'ossification*, car de sa voûte partent des fibres se confondant avec la substance fondamentale du cartilage qui s'incurve du côté de

l'os embryonnaire et y pénètre. Les os rudimentaires des grenouilles en offrent surtout la démonstration péremptoire. Ce sont les rudiments des fibres de Sharpey, appelées *fibres arciformes* par M. Ranvier. Elles se montrent surtout avec une grande netteté chez les embryons de mouton, tout en existant aussi chez les autres mammifères. Elles sont séparées par des cellules arrondies ou légèrement polyédriques disposées en traînées et paraissant provenir des cellules du cartilage mises en liberté par la disparition de leurs capsules. Ce sont les *ostéoblastes* de M. Gegenbaur. Ces fibres dirigent l'ossification et se retrouvent dans l'os par des coupes transversales, formant de petits cercles ponctués dans les lamelles intermédiaires.

Sur la face externe du cartilage compris dans l'encoche et en deçà de la ligne d'ossification, il se forme une première lame osseuse appelée *écorce osseuse périchondrale* qui doit établir la limite entre l'os cartilagineux et l'os périostique. (*Acad. des sciences.*)

OSTÉOMYÉLITE. C'est une maladie directement infectante, suivant le professeur Lücke, c'est-à-dire que l'infection, au lieu de venir du tube intestinal ou d'une plaie, a lieu par la moelle ou le périoste, primitivement intact. C'est ainsi qu'après un refroidissement ou un traumatisme, une fièvre très-intense, accompagnée de frissons, succède à une incubation de deux ou trois jours. Cette fièvre a un caractère typhique avec une température de 40 à 41 degrés; le soir, langue sèche, soif intense, assoupissement et délire; diarrhée. Elle conserve même le caractère typhique en étant moins accentuée.

Admettre avec les auteurs que ces symptômes résultent de l'absorption des produits de décomposition et de la suppuration de l'os, n'est pas juste, car ils se montrent avant la suppuration et sans altération préalable de l'os. C'est donc une fièvre d'infection résultant de l'inflammation locale, soit de la moelle, soit du périoste qui y succède toujours, tandis que celle-ci peut exister avec la moelle intacte.

Quand le mal commence par la moelle, les douleurs sont très-vives, la fièvre très-élevée, sans que les parties molles soient gonflées; le malade se plaint seulement que sa

jambe est très-lourde, il ne peut la soulever. La tuméfaction ne fait des progrès rapides que par l'inflammation du périoste. C'est l'œdème de la peau qui caractérise la périostite primitive.

Le mal peut rester limité dans son foyer primitif, mais son extension par le périoste est annoncée par de nouveaux et légers accès de frisson. Rarement il reste circonscrit et les organes internes : le péricarde, la plèvre et les poumons finissant par se prendre, la mort a ordinairement lieu.

La forme typhique de la fièvre, le frisson initial et la présence de dépôts secondaires doivent ainsi faire diagnostiquer l'ostéomyélite infectante. Il est difficile de distinguer le typhus de l'ostéomyélite quand celle-ci commence dans une épiphyse sous la forme d'abcès central. Le caractère typhique de la fièvre suffit à ne pas confondre l'ostéomyélite avec le rhumatisme poliarticulaire aigu. (*Deuts. Zeitschr. für Chir.*, IV, 2 et 3.)

Chez une fille de douze ans, le docteur Menzel a vu, sans cause connue et sans frissons, des douleurs se manifester dans la cuisse gauche. Trente-six heures après, apathie, prostration, fièvre intense, sans gonflement de la rate; gonflement de la cuisse gauche très-douloureux à la pression; mouvements passifs du genou et de la hanche très-douloureux, délire, sopor croissant et mort. C'est donc là un cas presque fulminant et sans le caractère typhique de la fièvre signalé précédemment.

Dans un second cas, au contraire, M. Menzel signale parfaitement que la malade paraissait atteinte d'une forme grave de typhus (*Gazz. med. Lombarda*, nº 28). Il y a donc au moins, sous ce rapport symptomatique, des exceptions à la règle invoquée par le professeur de Strasbourg.

Il y en a aussi sous le rapport de la terminaison, car dans une thèse sur la *Casuistique de l'ostéomyélite spontanée diffuse* (Dorpat, 1874), M. Selenkoff relate trois cas, dont un des sujets est mort d'épuisement par suppuration profuse, un autre de pyohémie, et le troisième de pyohémie après l'amputation de la cuisse. Les détails de ces faits manquent pour dire si le caractère typhique de la fièvre existait uniformément.

OVARIOTOMIE. M. Spencer-Wells, que ses succès ont rendu si célèbre, a pratiqué cette opération sur une fille de huit ans, venant de San-Francisco. Une première ponction donna 800 grammes de liquide opaque et visqueux. Le kyste s'étant reproduit en quinze jours, l'ovariotomie fut faite sans accident. Pendant l'application des sutures à la plaie, il y eut plus de difficulté que de coutume à maintenir les intestins, quoique l'incision n'eût que trois pouces d'étendue. La partie solide de la tumeur pesait 90 grammes et le liquide 500. Sa structure comprenait une substance osseuse véritable entourée de peau sur laquelle de longs poils s'observaient. La peau était en bon état et enveloppée de tissu adipeux et aréolaire. Vingt-cinq jours après l'opération, l'opérée était guérie et repartait pour l'Amérique. (*Gaz. hebd.*, nº 12.)

Le rapport annuel de l'hôpital de la Samaritaine, à Londres, consacré aux maladies des femmes, contient la proposition de fonder une maison spéciale pour la pratique de l'ovariotomie. Il se fonde, à cet égard, sur ce résultat que la mortalité de cette redoutable opération, qui est de 76 pour 100 dans les hôpitaux généraux, n'est que de 21 à *Samaritan hospital.* Il est donc à espérer que l'isolement complet des opérées pourrait encore diminuer cette proportion, d'autant plus qu'elle est relativement moindre dans cet hôpital, quand il n'y règne aucune influence contagieuse ni épidémique.

A propos de la relation de deux ovariotomies exécutées par lui à l'hôpital Mercer (de Dublin), M. Stamer O'Grady, évalue à 62 le nombre des cas de cette opération pratiquée en Irlande. Elle est donc relativement rare dans ce pays. D'une statistique synoptique de 54 de ces cas, dont il a obtenu les détails, y compris l'ovariotomie faite par M. Stokes, en juin 1874, sur une femme de soixante-deux ans, il ressort que 39 ont été suivis de mort. Il n'y a eu que 15 guérisons, et encore ont-elles été durables?

Cette proportion est bien différente de celle obtenue par M. Spencer-Wells, et autres célèbres ovariotomistes. Il faut dire que 28 de ces ovariotomies ont été faites dans les hôpitaux de Dublin, dont 7 seulement suivies de succès. Or, on sait que sur 39 pratiquées dans les hôpitaux de Londres, il n'y eut également que 9 guérisons. Le succès paraît donc subordonné ici au lieu et aux précautions prises et surtout

à la main qui exécute. Et cependant sur 6 de ces opérations faites en Irlande par MM. Spencer-Wells et Clay, une seule fut suivie de succès. (*The Dublin journ. of med. science*, août.)

Sur quatre ovariotomies communiquées à l'Académie de médecine de Belgique, par M. Michaux (de Louvain), il n'y a eu que deux succès. Il démontre surtout l'impossibilité de reconnaître les adhérences et la différence d'épaisseur des parois. De là le danger des ponctions et encore plus des injections iodées, si ce n'est quand le kyste est petit et séreux. Autrement mieux vaut ovariotomiser immédiatement. (*Bull. de l'Acad.*, n° 4.)

Drainage abdominal. Sans se contenter des tubes en verre que M. Kœberlé introduit par l'espace inférieur de la plaie, quand il soupçonne la présence de quelque liquide dans l'abdomen (voy. *année* 1868), M. Nussbaüm tend à ériger en méthode générale un procédé beaucoup plus radical. La tumeur ovarique enlevée, il perfore avec un long trocart le cul-de-sac recto-utérin, et passe ainsi un tube à drainage dont l'un des bouts est dans le vagin, tandis que l'autre sort par la plaie abdominale. Les liquides et le pus ont ainsi une issue facile et ne séjournent pas dans l'abdomen. Des injections peuvent aussi être faites par ce moyen. (*Aertl. intellig.*, n° 3.)

Bichlorure de méthylène. — Voy. Anesthésie.

Excision de l'utérus et des ovaires. D'après un rapport fait à l'Association médicale de l'Alabama, cette formidable mutilation aurait été pratiquée sur une négresse de trente à quarante ans, atteinte d'une tumeur fibreuse comprenant ces organes. En enlevant cette masse, dont le poids était de plus de six livres — *pounds* — le paquet intestinal jaillit dehors. On ne dit pas si ce fut par la plaie vaginale ou abdominale. Cinq ligatures artérielles furent appliquées, puis la plaie lavée et les lèvres réunies. Les vomissements consécutifs déterminèrent la hernie d'une anse intestinale à travers la plaie. Des symptômes de pyohémie se manifestèrent à plusieurs reprises. Des caillots et du pus s'échappèrent le dixième jour par une ouverture de la paroi vaginale posté-

rieure, mais l'incision abdominale se réunit par première intention, excepté dans la portion herniée. Les sutures tombèrent le dixième jour, et l'opérée se rétablit parfaitement, malgré la persistance d'une fistule intestinale, et qui, depuis trois ans, n'empêche pas cette négresse de travailler. (*Amer. journ. of med. science*, juillet.)

Ce fait manque des détails indispensables pour justifier l'excision entière de l'utérus. Elle est pourtant rendue probable par l'issue de caillots et du pus par le vagin. C'est pourquoi nous l'avons accueillie comme un succès remarquable.

Sull' ovariotomia considérée dans son histoire, ses indications et contre-indications, son pronostic, son procédé opératoire, son traitement et sa statistique, par le docteur D. Peruzzi, chirurgien de Lugo. Un vol. in-8° de 270 pages, avec 10 planches litographiées. Milan, 1873. Privée jusqu'ici d'un traité national sur la matière, l'Italie s'est mise au niveau des autres grandes nations en s'en donnant un de la main de ses plus habiles ovariotomistes. Le titre dit tout ce qu'il contient. C'est un résumé des connaissances acquises sur cette opération, sans rien de nouveau.

P

PANNUS. *Térébenthine.* Contre un pannus vasculaire fort épais de l'œil droit chez un homme de trente ans, ayant résisté aux divers moyens préconisés en pareil cas, jusqu'à la dissection d'une large zone de la conjonctive péri-cornéenne, M. Chisolm fit instiller dans l'œil une goutte chaque jour du collyre suivant :

℞	Huile essentielle de térébenthine..............	1 partie.
	Huile d'olives	2 parties.

Mêlez.

Dès les premières instillations, un mieux se manifesta ; la cornée pâlissait de jour en jour par l'atrophie progressive du pannus, au point de pouvoir distinguer après quelques semaines la couleur de l'iris et le contour pupillaire. Le

malade fut si bien guéri, qu'il était impossible de distinguer ensuite lequel des deux yeux avait été atteint. (*Ann. d'ocul.*, janvier.)

PARALYSIES. Un moyen certain de différencier facilement les paralysies centrales avec les paralysies périphériques du nerf facial est, suivant M. Onimus, l'augmentation de l'excitabilité musculaire par les courants continus. Tandis que la perte de contractilité farado-musculaire leur est commune, celle de l'excitabilité par les courants continus est bien différente. Un courant de trois à quatre éléments suffit à faire contracter un muscle paralysé, tandis qu'il en faut un de douze à quinze pour faire contracter le même muscle à l'état sain. (*Soc. de biol.*, octobre.)

Paralysies à frigore. Suivant M. Vulpian, le froid agirait comme le curare sur les nerfs, en respectant relativement les fibres vaso-motrices des muscles striés, tandis qu'il paralyse celles qui se distribuent dans les muscles lisses. Sur un lapin curarisé et dont la vie est entretenue par la respiration artificielle, les vaisseaux de l'oreille se dilatent et la pupille se rétrécit. Si l'on coupe le grand sympathique cervical, en électrisant le bout supérieur coupé, l'artère médiane se resserre, s'efface, la pupille s'élargit et tous les autres phénomènes vaso-moteurs s'accomplissent. Au contraire, il ne se produit aucune contraction des muscles de la vie animale auxquels se rend le nerf sciatique d'un chien curarisé en électrisant ce nerf, tandis que tous les vaisseaux du membre se resserrent et que l'on peut même arrêter ainsi l'écoulement du sang d'une incision.
Dans un cas de paralysie *à frigore* du nerf radial, sa faradisation était sans aucune influence sur les muscles qu'il anime; ils restaient inertes, tandis que, faradisés directement, ils se contractaient avec force. Leur contractilité ni la sensibilité n'étaient donc pas détruites. Bien plus, l'irritation mécanique ou galvanique de ces parties de la peau provoquait des contractions, des resserrements et des dilatations vasculaires résultant d'actions vaso-motrices réflexes. Les fibres vaso-motrices du nerf radial avaient donc conservé leur motricité, tandis que les fibres musculo-motrices étaient paralysées. Les fibres vaso-motrices échapperaient

ainsi à l'action paralysante du froid comme du curare, tandis que l'un et l'autre frappent les extrémités terminales des musculo-motrices.

Il en est de même dans la paralysie saturnine, comme le prouve la coloration normale de la peau et les rougeurs réflexes que les excitations mécaniques ou faradiques y produisent. (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, pag. 116 à 123.)

Elles se distinguent des paralysies traumatiques, selon M. Onimus, en ce que la paralysie musculaire est beaucoup plus lente dans celles-ci, parce que les filets intra-musculaires ne sont altérés que consécutivement. Le froid agissant sur les filets nerveux périphériques, ceux-ci sont altérés dès le début, et le défaut de contractilité apparaît rapidement. (*Soc. de biol.*, octobre.)

PERFORATION INTESTINALE. *Signe physique.* Contrairement au docteur Spiaggia (voy. *année* 1873), le docteur J. Sommerbrodt (de Breslau), dit avoir reconnu la présence des gaz résultant de la perforation du cæcum, comme l'autopsie l'a montrée, dans une vaste collection purulente occupant les fosses iliaques droite, interne et externe, jusqu'à la région trochantérienne. La percussion et la palpation donnaient un son tympanique obscur avec fluctuation, gargouillement et clapotement. En outre, le malade étant sur le côté gauche, on percevait à l'auscultation, par la pression entre la crête iliaque et le grand trochanter, dans la direction du cæcum, un bruit de souffle très-net, à timbre un peu amphorique et donnant à l'oreille une sensation d'air refoulé d'une cavité dans une autre et communiquant par une étroite ouverture. (*Berl. klin. Wochens.*, octobre 1873.)

Il n'y a là rien du bruit synchrone à l'inspiration et l'expiration perçu par M. Spiaggia. Il est donc à croire que ces différents bruits n'ont rien de régulier et qu'ils varient suivant les cas et leurs conditions particulières. Ils doivent être d'ailleurs difficiles à bien étudier, car la mort doit être rapide.

Perforation du cœur. — Voy. Cœur.

PÉRICARDITE. Péricardite calleuse. Variété de la péricardite chronique sur laquelle Griesinger a appelé l'at-

tention en 1854, en en relatant une observation clinique à laquelle M. Kussmaul en ajoute trois autres, également suivies d'autopsie.

Cliniquement, les symptômes sont ceux de la péricardite chronique avec adhérences. Mais deux signes différentiels caractérisent cette variété : le pouls diminue ou cesse même complétement pendant l'inspiration, et il y a simultanément une saillie visible des veines du cou si l'inspiration est profonde et prolongée. Dans le cas relaté par Griesinger, le pouls radial cessait complétement pendant l'inspiration, et l'autopsie montra l'aorte fermement adhérente au sternum. Dans les autres, il était petit et fréquent et disparaissait à chaque inspiration au poignet et au cou, mais l'emploi du sphygmographe a montré qu'il ne cessait pas complétement. Le choc du cœur est imperceptible et la matité est plus étendue. Les bruits sont profonds et faibles, parfois nuls. On observe, en outre, les complications ordinaires de la période avancée des lésions organiques du cœur.

Anatomiquement, le péricarde est épaissi interstitiellement; ses surfaces sont recouvertes d'épaisses productions inflammatoires calleuses, et sa cavité est oblitérée. L'espace médiastinal est envahi par un processus semblable qui, s'étendant sur les gros vaisseaux, les comprime et en interrompt même complétement la lumière, les tord, abaisse parfois l'arc de l'aorte sur le péricarde, et fixe le tronc des gros vaisseaux à la partie supérieure du sternum.

Dans les deux autopsies faites par M. Kussmaul sur un garçon de vingt et un ans, à l'hôpital de Fribourg, et sur une femme de trente-quatre ans, le péricarde, oblitéré seulement dans le premier cas, était complétement adhérent aux parties voisines dans les deux, et le cœur était normal. Les produits extrapéricardiaques étaient récents, mous et non calleux dans le premier cas, et farcis de tubercules miliaires dans le second. (*Berl. klin. Woch.*, 1873.)

Le sarcome du médiastin peut se confondre avec cette affection, suivant M. Clifford-Allbutt. Une fille de seize ans admise à l'infirmerie de Leeds, le 9 mai, présentait une telle dyspnée avec anxiété précordiale, pâleur, et une telle crainte du mouvement, qu'il crut à un épanchement péricardique ou pleurétique. Les veines superficielles du cou étaient saillantes. Matité considérable au milieu du thorax,

même en dehors de la région cardiaque. Le pouls était petit, rapide, irrégulier, et parfois intermittent. La respiration était si courte et si fréquente, qu'elle ne pouvait être comptée. Une ponction fut faite dans la plèvre gauche qui donna 14 onces d'un liquide clair. Un quart d'heure après, la malade mourait.

L'autopsie montra une tumeur sarcomateuse diffuse attachant le sternum à l'aorte, comme dans la maladie de Kussmaul, quoique ne diminuant pas la lumière du vaisseau ainsi que dans ses exemples. Les viscères thoraciques enlevés en masse, on trouva une énorme dilatation avec épaississement du péricarde due à une tumeur homogène, ferme et jaunâtre du médiastin antérieur, s'étendant au-dessus de la thyroïde à gauche et au-dessous du diaphragme à droite. La masse principale était en avant et autour de la base du cœur, et englobait complétement les gros vaisseaux du cou et l'arc de l'aorte, adhérant à eux sans diminuer leurs calibres, quoiqu'ils fussent très-petits, surtout l'aorte descendante. La tumeur se confondait insensiblement avec le péricarde épaissi graduellement de chaque côté et en arrière. En avant, elle avait adhéré évidemment au sternum et aux cartilages costaux, dans une étendue considérable, et se mêlait avec la plèvre costale. En bas, les adhérences diaphragmatiques étaient aussi évidentes. Le péricarde formait un sac presque globulaire reposant en bas sur le diaphragme. Ses parois étaient plus opaques qu'à l'état normal. Le cœur était petit, flasque et pâle, et ses parois infiltrées de nodules semblables à la tumeur. Les poumons, déplacés, étaient atrophiés et presque imperméables, excepté au sommet. A leur racine et le long des vaisseaux et des bronches, existait un tissu semblable à celui du médiastin. Le microscope décelait de petites cellules rondes sans stroma fibreux et très-peu de substance intercellulaire. La section d'un nodule infiltré dans les fibres musculaires du cœur, offrait la même apparence, ainsi que celle du tissu pulmonaire. C'était donc bien un sarcome commençant dans le tissu connectif du médiastin, et s'étendant par continuité aux organes adjacents, d'autant plus qu'ils contenaient davantage de ce tissu. (*British med. Journ.*, septembre.)

Chez un imprimeur de vingt-deux ans, entré à l'hôpital

de Bellune, au vingtième jour d'une pleurésie gauche très-modérée, M. le docteur P. Cantilena observa une douleur sous-sternale légère qui dirigea son attention sur le cœur. Il le trouva placé à droite avec un court murmure au premier temps, très-distinct au sommet, et un autre durant le court silence. Le murmure intermédiaire étant modifié par la compression du thorax et le changement de position du malade, fut regardé comme péricardique. La matité s'étendant à quelques centimètres à droite du sternum et à la hauteur de la seconde côte, résultait d'un épanchement péricardique. Elle se mêlait à gauche avec celle de l'épanchement pleurétique. La fièvre cessa avec les moyens ordinaires et la matité cardiaque diminua ainsi que l'épanchement pleurétique et le malade se rétablit. Les battements du cœur étaient normaux et le pouls plus fort; mais l'œdème de la face et du cou augmenta et prit une teinte cyanosée. La jugulaire gauche était distendue, le foie hypertrophié ainsi que la rate, avec œdème des membres inférieurs.

Malgré la disparition de l'épanchement et le retour du cœur à gauche, celui-ci restait fixé à la même hauteur. En percutant la région partant de la base du cœur jusqu'au second espace intercostal, la matité augmentait jusqu'à 2 centimètres environ à droite du sternum. Par des inspirations profondes, le pouls devenait plus fréquent et cessait avec le commencement de l'expiration, mais reprenait soudainement son rhythme normal. Il y avait en même temps absence du premier bruit sur l'aorte et distension de la jugulaire gauche durant l'inspiration. M. Cantilena admet ainsi l'existence d'une médiastinite calleuse qui, en empêchant le retour du sang dans la veine cave, provoquait l'œdème et la cyanose de la face et l'hypertrophie des autres organes. (*Giorn. venete di sc. med.*, juillet.)

PÉRIOSTITE. Un cas rare en est rapporté par M. le professeur Fleury (de Clermont-Ferrand). Un chaufournier de vingt ans, bien constitué, veut traîner un chariot chargé de chaux sur un chemin difficile et montueux. Il arrive au but, fixé à une certaine distance. Mais, deux jours après, de violentes douleurs surviennent à l'épaule droite. Il reste huit jours sans soins, et entre le 29 août à l'Hôtel-Dieu, où

l'on constate ce qui suit : Le moignon de l'épaule est soulevé en totalité, comme si tous les muscles étaient hypertrophiés; la moindre pression provoque une vive douleur; il y a rougeur et chaleur locales. Fièvre intense, pouls précipité, température à 40°,7. Céphalalgie et abattement général.

Dès le lendemain, l'aspect typhoïde se dessine. Une ponction dans la fosse sous-épineuse donne issue à une grande quantité de pus séreux mal lié, mêlé à du sang. Délire, coma et mort le 2 septembre.

L'autopsie montre du pus entre la couche musculaire et l'omoplate, ainsi qu'entre les muscles de la partie supérieure du bras. Le périoste épaissi se décolle sur une assez grande étendue, sans que l'articulation présentât aucune altération. Aucune lésion typhoïde de l'intestin. Tous les autres organes étaient sains. (*Gaz. des hôp.*, n° 116.)

Périostite albumineuse. M. Ollier décrit, sous ce titre nouveau, l'accumulation sous le périoste et dans les couches périostales d'un liquide visqueux, filant, albumineux, transparent, analogue à la synovie qui se fait au voisinage des articulations, pendant la période de croissance, avant la soudure des épiphyses. L'extrémité inférieure du fémur et supérieure de l'humérus, dans la partie renflée de la diaphyse appelée juxta-épiphysaire, en est le siége le plus fréquent. L'activité physiologique du tissu spongieux voisin du cartilage pendant l'accroissement du squelette explique ce siége d'élection. C'est donc une maladie du jeune âge.

Une douleur plus ou moins aiguë avec exacerbation nocturne, après un refroidissement ou un traumatisme, un coup, une contusion, suivi de gonflement, de fièvre et de symptômes concomitants, marquent le début de l'affection. Le gonflement seul persiste et présente bientôt de la fluctuation, et la confusion est alors possible avec l'arthrite, l'hydropisie des gaînes tendineuses ou d'un diverticulum de la synoviale. Dans la forme subaiguë, elle simule même un abcès froid. Mais la tuméfaction plus ou moins étendue et prononcée de l'os, la douleur en résultant à la pression en dehors de l'articulation, permettent d'éviter toute erreur. Excepté pour les articulations de la hanche et du coude, où l'extrémité diaphysaire incluse dans le sac synovial ne

saurait s'enflammer sans arthrite concomitante, la liberté des mouvements dans toutes les autres suffit à montrer qu'il ne s'agit pas d'une arthrite spontanée et isolée.

Les hydropisies des diverticulums articulaires sont des affections chroniques dont le siége sous le triceps ou dans le creux poplité ou au niveau du tendon du biceps, ainsi que la forme, ne permettent pas de méprise avec la périostite albumineuse. Les tumeurs des gaînes tendineuses ont aussi un siége, des rapports, une marche, un développement qui permettent d'en faire le diagnostic différentiel.

Une ponction capillaire et son innocuité lèvera d'ailleurs tous les doutes par la nature du liquide extrait avec l'aspirateur. Sa viscosité, comme du blanc d'œuf, en est le caractère distinctif. Il peut être verdâtre ou rougi par le sang et contenir des gouttelettes de graisse rappelant le bouillon gras. Par le repos, il se sépare en trois couches. Les flocons fibrineux, les leucocytes et les globules rouges se précipitent au fond. La partie visqueuse, filante, forme le milieu, et à la surface nagent les gouttelettes huileuses. Celles-ci indiquant l'inflammation des espaces médullaires, ne se rencontrent guère au début, c'est-à-dire dans les premières ponctions, tandis qu'elles sont abondantes dans les dernières. C'est dire que ce liquide subit de grandes modifications suivant la période de la maladie dans laquelle il est extrait. Il devient même séro-purulent et purulent à la fin dans quelques cas. La présence du phosphate de chaux rencontré par M. Kastus, peut aussi éclairer sur la provenance de ce liquide, et servir à le distinguer des autres exsudats inflammatoires. L'ostéite chronique donne parfois lieu à un liquide analogue ainsi que différents épanchements articulaires et des collections liquides des bourses séreuses. La ponction et les caractères du liquide doivent donc être aidés des autres signes diagnostiques.

La résolution de l'épanchement est possible et peut être tenté par les sangsues, les vésicatoires, les cautérisations, l'immobilité, la compression par un bandage silicaté tant que le liquide est transparent. Sa résorption est alors possible en quelques semaines, et la tuméfaction osseuse persistera seule. Mais, dès que le pus apparaît, surtout avec nécrose de lamelles osseuses, il ne faut plus compter sur la résolution. (*Gaz. hebd.*, nos 9, 10, 12.)

Ce serait donc là une nouvelle entité pathologique, mais qui se distingue bien plus anatomiquement que cliniquement d'autres affections. Faut-il pour cela en faire une maladie séparée? L'auteur n'en rapporte qu'une seule observation à l'appui. C'est bien peu, et avec la passion qui distingue notre époque de faire du nouveau, de particulariser, d'analyser à l'infini dans une science où tous les phénomènes morbides se lient et s'enchaînent, il convient au moins d'attendre pour introduire cette nouvelle variété nosologique.

On peut en dire autant de la *périostite primitive infectante* du professeur Lücke, car celle-ci paraît bien plutôt secondaire à une ostéomyélite. (Voy. *ce mot.*)

PÉRITONITE. *Forme spéciale.* Friedreich a rencontré, à l'autopsie de deux ascitiques qui avaient été ponctionnés plusieurs fois, des couches stratifiées d'exsudat faciles à séparer de la séreuse et remarquables par le peu de tendance à former des adhérences, une extrême vascularisation et une tendance marquée aux hémorrhagies. Des nodosités dures en étaient le résultat dans un cas et des extravasations capillaires dans l'autre. Les couches les plus internes présentaient les éléments figurés plus jeunes que les superficielles et une vascularisation plus forte dans une substance dépourvue de tissu conjonctif, tandis qu'il était complet dans les couches superficielles.

C'est donc là une sorte de péritonite hémorrhagique analogue à la pachyméningite hémorrhagique. (*Virchow's Archiv*, 1873.)

De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement. Thèse inaugurale par le docteur L. Gustave Richelot, interne lauréat des hôpitaux et aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Brochure in-8° de 88 pages. Paris.

Élève de M. le professeur Gosselin qui, aux théories de l'engouement et de l'inflammation des grosses hernies irréductibles, a substitué celle de l'étranglement, l'auteur adopte et défend résolument cette doctrine par des arguments, des raisons et des faits. Tout en reconnaissant la réalité de la péritonite herniaire, il montre qu'elle est consécutive à l'étranglement ou est indépendante, et que, dès

lors, elle ne peut expliquer l'irréductibilité ; celle-ci, au contraire, n'existerait jamais sans étranglement plus ou moins serré, mais réel. Il n'y a jamais, d'après lui, de pseudo-étranglements. La temporisation ne convient donc jamais dans ces cas. Elle ne convient que dans la péritonite herniaire indépendante qu'il faut en distinguer avec soin.

Cette importante monographie, couronnée au concours de l'internat, mérite donc d'être méditée par tous ceux qui s'occupent de cette question obscure de la cause de l'irréductibilité des grosses hernies; la pratique de la ponction pourra peut-être mieux la résoudre que toutes les théories absolues renfermées dans un mot.

PHIMOSIS. *Procédé d'Esmarch.* M. le docteur Asa Horer l'a employé sur deux adultes en enroulant autour de la longueur du pénis, moins le gland, une bande de caoutchouc mince, large d'un pouce et quart et réduite par l'extension à un tiers de pouce. L'extrémité était fixée au moyen d'un petit anneau élastique. L'opération fut ainsi exécutée en vingt minutes sans perte de sang. (*The Clinic.*)

Phimosis diabétique. Il se développe consécutivement à l'herpès préputial qui résulte du contact de l'urine sucrée des diabétiques. — Voy. DIABÈTE.

Stérilité. Un homme de vingt-neuf ans, bien portant, marié depuis quatre ans à une jeune femme bien conformée, n'avait pu avoir d'enfant. Aucune cause n'expliquait cette stérilité qu'un phimosis congénital. Le prépuce dépassait le gland d'environ trois centimètres et l'orifice préputial, très-étroit, livrait à peine passage à une bougie n° 12. La cavité préputiale se gonflait tout d'abord en urinant, le jet était faible et les dernières gouttes ne s'écoulaient qu'en bavant.

Jugeant que cette disposition pouvait expliquer la stérilité, M. le docteur P. Labarthe opéra ce phimosis le 16 novembre 1873, et, le 25 juin dernier, il constatait une grossesse de cinq mois chez l'épouse de son opéré. (*Mouvement méd.*, n° 32.)

La même remarque a dû être faite bien souvent quoique des cas de fécondité authentique, par l'existence du phimosis

congénital chez les enfants, aient été constatés avec un phimosis très-serré.

Dans le cas de stérilité, les praticiens doivent donc examiner avant tout le prépuce des individus mariés depuis un certain nombre d'années.

Paraphimosis. *Nouveaux procédés.* Le premier consiste à agir sur l'*anneau préputial*, non par sa face externe seulement, mais en même temps par sa face profonde. N'ayant, dans un cas de paraphimosis très-résistant, aucun instrument de trousse sous la main, Bardinet prit deux épingles à cheveux de femme. Le gland, d'un rouge sombre et dans un état de turgescence exceptionnelle, ayant été fléchi sur sa face inférieure, le fourreau tiré doucement en arrière, l'anneau préputial ayant été attiré dans ce dernier sens et par conséquent mis à découvert, une des épingles est présentée par son extrémité annulaire et glissée sans difficulté entre l'anneau préputial et le corps du pénis, sur sa face dorsale. La seconde épingle à cheveux est placée de la même façon, à côté de la première. Les deux épingles bien engagées et solidement fixées, on s'en sert comme de leviers pour leur imprimer un mouvement de bascule ayant pour effet : d'abaisser la saillie formée par la couronne du gland, de soulever l'*anneau préputial*, et d'établir au-devant de ce dernier un plan incliné sur lequel on peut le faire glisser doucement. Les manœuvres ordinaires de réduction ayant été reprises avec la modification précédente, le gland et l'anneau préputial ne tardèrent pas à reprendre leur place.

On peut remplacer les épingles à cheveux par une spatule, un manche de cuiller à café, un simple jeton allongé. Il est préférable de se servir d'une pince à pansement ; en écartant les deux branches de l'instrument, préalablement introduit, on *dilate* l'anneau préputial; l'extrémité la plus large de la pince étant fixée dans le prépuce peut servir à faire des tractions pour amener le prépuce lui-même en avant, dans sa position normale. (*Union méd.*, décembre 1873.)

Un moyen plus simple, employé avec succès par M. de Lépine, est de rouler autour du gland engorgé et gonflé de petites bandes élastiques en caoutchouc de 1 centimètre de large. En commençant par le méat jusqu'à la couronne avec

une constriction modérée, M. de Lépine trouva, après dix minutes d'application et en enlevant vivement la bande, un gland blanc exsangue, ridé et tellement ratatiné, qu'après avoir huilé les parties, la réduction fut presque instantanée. C'est encore là une application heureuse de la bande élastique. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre.)

PHLEGMON DU COU. *Signe de la suppuration.* Cette affection grave, que les Anglais désignent sous le nom de Cellulitis (voy. *année* 1873), s'est présentée à M. Broca dans une circonstance toute spéciale. Il s'agissait d'un cancer inopérable de la langue. Une induration considérable se produisit sous la mâchoire ; le gonflement était énorme avec un peu d'œdème et de rougeur inflammatoire. Le timbre de la voix avait la résonnance du bois ; gêne considérable de la respiration. Il fallait intervenir rapidement, sous peine d'asphyxie immédiate, et pourtant il n'y avait pas trace de fluctuation.

C'est alors que le chirurgien se rappela un signe très-important signalé par M. Laugier. C'est *l'œdème avec coloration rose de la peau* ; phénomène qui n'existe que lorsque la suppuration s'est formée dans les parties profondes. L'incision en est dès lors indiquée et justifiée. En effet, une longue incision faite sur le bord du muscle sterno-mastoïdien n'amena pas de pus, quoique assez profonde. Il ne s'en trouva même pas au-delà du muscle, mais, en pénétrant plus profondément avec ses doigts et la sonde cannelée, M. Broca vit une strie purulente et recueillit ainsi, à une profondeur considérable, une cuillerée de pus environ. Un drain fut placé et le malade rapidement soulagé. Cette incision hâtive, faite sur un signe trop peu connu, avait donc conjuré un danger imminent.

Un accident de ces grandes incisions est l'ouverture des veines ordinairement béantes dans ces phlegmons indurés des tissus. C'est ce qui eut lieu dans ce cas. Mais, en plaçant le pouce immédiatement sur la veine, le chirurgien conjura le danger de l'introduction de l'air. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, octobre.)

PHOSPHORE. *Action sur la fermentation putride.* De même que les phosphates sont considérés par M. Pasteur

comme les agents actifs de la fermentation alcoolique, M. J. Lefort s'est assuré qu'ils activent aussi la putréfaction des matières animales, le phosphate de chaux en particulier. Ainsi une chair musculaire quelconque, mammifère ou poisson, se décompose d'autant plus vite à l'air qu'elle est plus riche en phosphate de chaux.

Quant à savoir si ce n'est pas par une simple réduction des phosphates que le ferment animal donne naissance à l'odeur alliacée et à la phosphorescence accompagnant la putréfaction des matières animales, rien de précis à cet égard ; sinon que ces phénomènes ne tiennent pas à un dégagement d'hydrogène sulfuré ou phosphoré, mais au phosphure de soufre, gaz spontanément inflammable à l'air, dû à la combinaison du soufre et de la fibrine. Par la dissociation des éléments de la fibrine et du protagon, le soufre et le phosphore, que celui-ci contient, se combineraient aussitôt en produisant l'odeur alliacée. Puis ce phosphure de soufre, très-instable, se décomposerait aussitôt et se transformerait en acides sulfhydrique et phosphorique au contact de l'air et de l'eau; d'où la phosphorescence et sa production dans les premiers temps seulement de la fermentation putride.

Ce phosphure de soufre, éminemment toxique, jouerait même un certain rôle dans le développement de la septicémie, d'après M. J. Lefort. Il pourrait même être la cause des accidents occasionnés par l'ingestion de certains aliments conservés et dans un état de putréfaction commençante, comme les poissons salés et la viande de charcuterie. (*Acad. de méd.*, février.)

Action antidotique de l'oxygène. Il se confirme que c'est exclusivement par l'oxygène qu'elle contient que l'essence de térébenthine est l'antidote du phosphore, ainsi que M. Wetter l'a suggéré (voy. *année* 1872). Des expériences faites sur six chiens, en vue d'élucider ce point, par MM. Thiernesse et Crocq, ont montré que le phosphore mélangé d'eau oxygénée ne donne lieu à aucun accident toxique. Des six chiens, un seul est mort pour ne pas avoir assez pris de l'antidote.

Il n'y a donc pas lieu de prendre en considération les expériences de M. Depaire qui, en administrant l'essence

de térébenthine officinale à des chiens empoisonnés par le phosphore, les a tous vus mourir et a trouvé à l'autopsie les lésions anatomiques spéciales au phosphore. Il n'est pas démontré, en effet, que cette essence ne fut pas rectifiée et par conséquent privée d'oxygène. C'est par la présence de cet agent qu'elle paraît efficace. (*Acad. de méd. de Belgique*, avril.)

PHTHISIE. *Influence de l'air confiné.* M. le docteur Mascarel l'a démontrée par la statistique suivante : Sur les 100 000 employés des chemins de fer, 75 000 sont attachés au service actif et 25 000 aux bureaux. Or, pendant une période de 7 ans, 16 hommes sur les 75 000 sont morts de phthisie, tandis que 412 sur les 25 000 ont succombé à cette maladie. C'est là une lumière aussi vive qu'inattendue, car la proportion des phthisiques dans le service actif est 1 à 65 dans le service des bureaux. Il est démontré par là que l'influence pernicieuse de l'air confiné sur la nutrition du poumon est bien plus grande qu'on ne l'aurait jamais soupçonné.

L'inefficacité des médications générales pour modifier la diathèse tuberculeuse semble avoir déterminé les médecins allemands, de plus en plus positifs, à agir localement : celui-ci atteignant le mal directement par la ponction des cavernes, et cherchant à en modifier le contenu, comme on le ferait d'un abcès ou d'un bubon cutané ; celui-là agissant indirectement par l'inspiration de l'air comprimé pour dilater les alvéoles pulmonaires, et résoudre ainsi des engorgements, des congestions, des infiltrations tuberculeuses. Mais, sauf quelques cas rares où la maladie semble localisée, sans diathèse apparente, — et, dans ces cas, on peut attendre les meilleurs effets du traitement général et du temps, sans faire courir aucun danger au malade, — il est tout à fait illogique de traiter ainsi les tuberculeux, car le mal local guéri ici se reproduit à côté et sans fin ; c'est absolument comme ces chirurgiens qui amputent un doigt pour une arthrite scrofuleuse, et qui verront le poignet, le coude ou l'épaule, se prendre ensuite. Une telle conduite n'est pas médicale.

Air comprimé. A l'aide de son *pneumatomètre* (voy. *ce mot*),

en faisant inspirer alternativement de l'air comprimé et expirer dans l'air raréfié, le professeur Waldenburg a augmenté d'un tiers environ le pouvoir respiratoire chez un phthisique. Il en conseille l'emploi, comme prophylactique, contre la phthisie au premier degré ; mais rien de précis, ni de démonstratif, ne résulte encore de ses observations à ce sujet. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 7.)

Ponction des cavernes. Le professeur Mosler l'a renouvelée sur deux phthisiques ayant des cavernes à la surface du poumon, à l'exemple du professeur Graux (de Bruxelles) qui, dès 1840, l'avait pratiquée pour obvier aux effets de la stagnation du pus. Après une incision de la paroi thoracique correspondant dans la caverne, il y fixa un tube avec des bandelettes de diachylum, et injecta une solution diluée de permanganate de potasse. Une grande quantité de pus en sortit, la toux diminua, et les symptômes généraux s'améliorèrent. Des inhalations d'iode et d'acide phénique à travers le tube diminuèrent et modifièrent la sécrétion purulente ; mais une dégénérescence amyloïde des reins ayant emporté un des malades, l'autopsie montra des granulations sur les parois de la caverne. (*Idem*, n° 43 ; 1873.)

Simultanément, le docteur Pepper, professeur de clinique médicale à l'Université de Philadelphie, employait le même mode de traitement, et injectait dans les cavernes 4 à 10 gouttes de la solution iodurée de Lugol pour 30 grammes d'eau. De la toux et des hémoptysies passagères en résultèrent. Dans le premier cas, celui d'un homme de vingt-neuf ans, une amélioration sensible en résulta dans la respiration et la toux; il y eût même engraissement, mais sans guérison. (*Philad. med. Times*, 14 mars.)

Dans un mémoire plus complet, où se trouve l'historique de la question, cinq autres cas sont relatés. Un seul phthisique a succombé, quatre survivaient mais sans être guéris même de leurs cavernes dont les signes stéthoscopiques persistaient. (*Amer. Journal of med. sciences*, octobre.)

La possibilité et l'innocuité de ces ponctions et de ces injections sont donc les seuls points résultant de cette pratique hardie, téméraire, il n'en saurait résulter autre chose, selon nous.

Si cette pratique était moins grave et dangereuse, on en trouverait certainement une indication précise dans ces vastes cavernes uniques de phthisie torpide chez des sujets résistants, et qui pourraient ainsi, sinon guérir, au moins prolonger leur existence. Mais, comme l'a sagement exposé le docteur James Hutchinson au professeur Pepper, l'oubli et l'abandon d'une opération déjà proposée et employée à deux ou trois époques précédentes, en est la condamnation éclatante. Malgré le perfectionnement des instruments employés comme l'aspirateur de Dieulafoy, les hémorrhagies n'en sont pas moins survenues. L'argument que les ponctions du poumon guérissent chez les individus bien portants, ne peut s'appliquer aux phthisiques ; au contraire, puisque, d'après Niemeyer, l'inflammation par ces blessures peut produire la phthisie. Le développement cicatriciel du tissu connectif peut aussi agrandir la piqûre et la tenir ouverte, et laisser ainsi échapper des liquides dans la plèvre, et amener un pneumothorax. Parler d'une action résolutive des injections dans les cavernes ou autour des masses caséeuses, comme dans les cavités séreuses, c'est oublier la nature diathésique de la phthisie. Ces injections peuvent plutôt développer l'inflammation, l'exciter, que la calmer. On ne voit donc guère leur utilité.

Ce traitement ne pourrait être adopté et se généraliser que d'après de nombreux succès bien constatés, car jusqu'ici, comme l'a dit le docteur Bennett, l'intervention chirurgicale dans la phthisie n'a été que ce qu'une considération intelligente de la pathologie de cette maladie pouvait prévoir : un insuccès uniforme. (*Philad. med. Times*, 30 mai.)

Limitation des mouvements thoraciques. Au lieu de soumettre à des mouvements respiratoires exagérés, espèce de gymnastique respiratoire, les personnes prédisposées à la phthisie ou qui en présentent les premiers symptômes, comme on le fait en prescrivant les profondes inspirations, le chant, la déclamation, l'habitation sur les montagnes ou les plaines élevées, c'est à les restreindre, à les limiter, que tend le docteur M'Crea, médecin du dispensaire de Belfast. C'est, en un mot, la *diète respiratoire*, comme l'appelle M. Sales-Girons. Il a suivi ce principe général en thérapeu-

tique desoumettre au repos tout organe malade : méthode antiphlogistique par excellence, opposée à celle de la résolution, constituée par une plus grande activité.

A cet effet, il enserre la partie malade, c'est-à-dire l'un ou l'autre des sommets du thorax, dans les bandes du vieux et populaire emplâtre *diachylum roborans.* Divisé en bandelettes de deux à trois pouces de large, il est appliqué verticalement et horizontalement, dépassant le sternum en avant et l'épine dorsale en arrière ; les bandelettes étant entrecroisées et imbriquées, de manière à former une véritable carapace. Leur application commence après une expiration forcée, et en recommandant au malade de limiter sa respiration et de ne faire aucun mouvement des bras. Il administre concurremment, à l'intérieur, des sédatifs et des opiacés pour calmer la toux et mieux limiter ainsi l'expansion pulmonaire.

Sur vingt et un malades présentant les signes physiques et stéthoscopiques de la tuberculose, auxquels ce bandage a été appliqué et renouvelé durant plusieurs mois en 1870, 1871 et 1872, au dispensaire de Belfast, l'auteur rapporte quatre observations dont les sujets en obtinrent le meilleur effet en quelques mois. La toux se calme, les hémoptysies cessent, les phénomènes stéthoscopiques diminuent, ainsi que la température. En général, les malades s'en trouvent on ne peut mieux, et en réclament le renouvellement dès qu'il se relâche. (*Dublin med. Press.*)

Toutefois, ces faits sont loin d'être concluants par le trop court temps pendant lequel ces malades sont restés en observation. On ne se rend pas bien compte d'ailleurs de l'action compressive de ce bandage. On sait que les poumons ne remplissent pas exactement la cavité thoracique, surtout au sommet. Limiter le mouvement des muscles intercostaux ne suffit donc pas à empêcher l'expansion pulmonaire des parties malades. On est ainsi amené à penser que c'est surtout par son action topique, c'est-à-dire la chaleur locale, qu'il agit.

Dans une leçon sur la diathèse tuberculeuse à l'hôpital Guy, le docteur Wilks émet le même avis que le repos d'un organe tuberculeux est plus efficace que l'action du climat. Il rejette toutefois ce bandage compressif du thorax contre la tuberculose pulmonaire. Le repos suffit, et il invoque ses

bons effets dans les abcès pulmonaires se vidant dans la plèvre. (*Lancet*, décembre 1873.)

Transfusion du sang d'agneau. La transfusion a repris une telle activité parmi les Allemands, qu'ils n'ont pas manqué d'en expérimenter l'action chez les phthisiques. M. Hasse l'a surtout érigée en méthode de traitement; mais si l'on juge des résultats par ceux publiés par ses imitateurs, ils ne sont guère encourageants. Chez six phthisiques ayant subi une seule transfusion immédiate de 50 à 150 grammes, sans déplétion préalable, à l'hôpital de Dresde, il s'ensuivit une élévation très-notable de la température, soit de 40 à 42 degrés, avec frisson et collapsus. Un ictère général, puis une urticaire, sont apparus dès le lendemain. Une véritable hématurie a eu lieu dans plusieurs cas. Ces effets, signalés par MM. Fiedler et Birch-Hirschfeld, l'ont été également par MM. Hasse et Sander.

Une sensation de bien-être a été éprouvée par quelques malades, l'appétit a augmenté chez quelques-uns, la diarrhée a même diminué, mais ces effets n'ont duré que quelques jours. Rien de bien net n'existe donc à l'actif de cette nouvelle médication; elle n'a donné que l'amélioration passagère de la plupart de celles qui ont été employées. On ne peut pas dire qu'elle soit sans action; mais c'est surtout par les accidents qu'elle détermine. (*Congrès des chirurgiens allemands*, juillet et août.)

Coca contre les vomissements. Ayant employé vainement le badigeonnage du pharynx avec la solution aqueuse de bromure de potassium (voy. *année* 1873), le professeur de Renzi donna une infusion à froid des feuilles de coca prise avant le repas. Le vomissement cessa comme par enchantement, témoignant ainsi que les calmants n'agissent pas seuls en pareille occurence. (*Nuova Liguria med.*)

Diarrhée. Les lavements d'ipéca ont été employés avec succès dans les hôpitaux de Paris, par M. Chouppe, interne, sur 17 tuberculeux, arrivés la plupart à la troisième période, et qui avaient employé vainement différents traitements contre ce symptôme datant de dix à vingt jours et même plus. Le nombre des selles variait de 10 à 20 par

jour, et même de 30. 13 en ont été guéris, 2 améliorés. Il n'y a eu que 2 insuccès. Le nombre des lavements a varié de 4 à 10. Aucun vomissement ne s'en est suivi ni aucun trouble des fonctions digestives, ni affaiblissement des malades. Toutefois l'absorption a paru moins rapide et complète quand les tuberculeux étaient arrivés à la période cachectique. — Voy. DIARRHÉE.

Atropine contre les sueurs. Depuis que l'action de la belladone contre la transpiration a été découverte par M. Sydney Ringer (voy. *année* 1872), son alcaloïde a surtout été employé contre les sueurs des phthisiques, soit en injections hypodermiques, soit en pilules par la voie gastrique. Administrée sous cette dernière forme à 16 phthisiques de l'hôpital spécial de Ventnor, par M. Williamson, à la dose de 3 à 4 milligrammes, elle a donné les résultats suivants : l'arrêt des sueurs a été immédiat et durable chez 4 malades après quelques jours de son usage ; il a été immédiat, mais seulement temporaire, chez 4 autres; l'effet en a été bienfaisant, mais transitoire, chez 7, et un seul en a éprouvé des accidents. L'action a donc été sensible chez tous les malades. Elle est surtout évidente après l'insuccès des autres moyens usités. Mais la sécheresse de la gorge, des troubles mentaux au réveil, des vomissements parfois, et même de la diarrhée, qui suivent la continuation de son emploi, ne permettent pas de le prolonger. (*Lancet*, 25 juillet.)

Diurétiques. Une tuberculeuse à la dernière période, entrée depuis quelques jours à l'hôpital Beaujon, service de M. Gubler, présentait la complication prédominante de sueurs si abondandes, qu'il fallait la changer cinq à six fois de linge. La faiblesse, l'insomnie et le refroidissement en résultant commandaient d'agir. Les urines étant exemptes d'albumine, 60 grammes de vin diurétique de la Charité furent ordonnés chaque jour; dès le deuxième, l'amélioration fut sensible; le quatrième, les sueurs étaient presque entièrement cessées, et les urines les avaient remplacées en abondance, avec la continuation de ce vin.

M. le docteur Landrieux a renouvelé plusieurs fois ce traitement, et en a constamment obtenu un succès positif,

pourvu que les urines ne fussent pas albumineuses. (*Moniteur thér.*, octobre.)

Étude clinique de la phthisie galopante. Preuves expérimentales de la non-spécificité et de la non-inoculabilité des phthisies, par E. Metzquer. Un vol. in-8°. Paris. — Voy. TUBERCULOSE.

Phthisie des mariniers. Observée par M. Perroud sur les mariniers du Rhône, et attribuée à l'action du harpeau sur le creux sus-claviculaire et à la propagation au sommet du poumon. Ce serait donc une phthisie traumatique. Entrés adultes dans la compagnie, à l'âge de vingt-sept à trente ans, ces hommes, fortement musclés, bien payés et pouvant se donner une nourriture suffisante et un logement sain en dehors de leurs bateaux, deviennent phthisiques vers quarante ans. Une toux sèche, puis humide, se déclare et l'on constate les lésions des deux sommets, surtout à droite. L'affection marche rapidement si le marinier ne quitte sa profession, tandis qu'elle s'arrête assez facilement dans le cas contraire. (*Assoc. française*, 1874.)

PHYSIOLOGIE. Dans la leçon inaugurale de son cours de physiologie à la faculté de médecine d'Édimbourg, le docteur Pettigrew a examiné les questions de panspermie et d'hétérogénie ou génération spontanée, ainsi que celle de la sélection naturelle de Darwin, d'après laquelle des espèces nouvelles peuvent résulter de deux individus différents, ce qui serait une confirmation hétérogénique. Il est ainsi arrivé à conclure en faveur des premiers, vitalistes en général, contre les seconds, qui sont plutôt matérialistes : que les matières organiques et inorganiques sont corrélatives et analogues, de même que les forces vitales et physiques, mais que les organismes vivants ne peuvent être produits par la matière inorganique, par des forces purement physiques (*Lancet*, novembre 1873). L'accord des deux matières et des deux forces constitue donc la création.

Chimie appliquée à l'hygiène, à la physiologie et la pathologie, par M. A. Gautier. Un volume in-8°; Paris.

Ce premier volume contient l'étude de la digestion et de

l'assimilation ; celle de la bile, de l'urine, de la matière nerveuse, de l'œuf, du lait, suivra dans des volumes subséquents, ainsi que les applications de la chimie à la pathologie. Ce premier volume, en formant comme une introduction à ces études nouvelles, rappelle tout ce qui a été fait précédemment, en résume les matériaux dont il éclaire, élucide la signification.

Principles of mental physiology, avec leurs applications à la direction et la disciplice de l'esprit ainsi que l'étude de ses conditions morbides, par le docteur W. B. Carpenter. Un volume de 737 pages. Londres. — Voy. Cerveau.

PLACENTA. — Voy. Grossesse extra-utérine.

PLAIES. *Occlusion.* Après de nombreux essais des divers pansements antiseptiques, M. Sarazin a reconnu que le goudron végétal est un excellent topique pour les plaies fraîches ou recouvertes de bourgeons charnus ; sous son influence, les granulations sont petites, fermes, vermeilles ; le pus est épais et de bonne qualité et il s'émulsionne avec une petite quantité de goudron, qui lui communique son odeur et le colore légèrement.

Une légère cuisson, très-passagère, comparable, au dire des malades, à celle produite par l'eau alcoolisée, résulte de cette application faite comme il suit :

La plaie, lavée au moyen d'un irrigateur, avec de l'eau coupée d'un tiers de liqueur de goudron, est couverte d'une couche de goudron qui s'étend jusqu'aux articulations voisines si c'est aux membres, et jusqu'à 12 ou 15 centimètres de la plaie si c'est au tronc. De légers plumasseaux d'ouate sont disposés entre les lèvres de la plaie ; puis une couche d'ouate de coton suffisamment serrée, épaisse de deux travers de doigt, recouvre et dépasse toutes les parties enduites de goudron ; elle est tassée et maintenue par un bandage roulé, modérément serré. On badigeonne ensuite tout le pansement avec du goudron chaud, et on le recouvre d'une feuille d'ouate et d'une bande roulée maintenue par quelques courroies jouant le rôle de protection.

Ce pansement est laissé en place environ quinze jours ; dix à douze jours suffisent, en été, surtout lorsque la suppu-

ration est très-abondante. Dans tous les cas, il doit être renouvelé aussitôt qu'on voit des taches brunâtres se former dans les parties déclives de l'appareil.

On peut remplacer la ouate par la filasse de lin et de chanvre, l'étoupe goudronnée, ou la ouate grossière. Toutefois, l'ouate de coton de belle qualité est d'une application plus facile : la pression qu'elle exerce sur la plaie est plus douce et, dans les pansements, elle s'enlève sans difficulté.

Employé dans dix opérations importantes, ce pansement a donné un succès complet, puisque non-seulement aucun des opérés n'est mort, mais encore il n'y a eu aucun accident à déplorer. (*Acad. des sciences*, novembre.)

L'emploi du goudron sur les plaies avait déjà eu lieu par l'emploi de la charpie faite avec les vieux cordages goudronnés de la marine. Ce n'en est là qu'une extension et un véritable perfectionnement fondé sur la théorie régnante de l'occlusion.

Pansement. A la terre glaise employée seule comme moyen de pansement, M. Vigier, pharmacien, ajoute la glycérine dans les proportions suivantes :

℥ Terre glaise fine et humide des statuaires.	100	grammes.
Glycérine pure........................	50	—

Mêlez intimement.

On en étend une couche sur un linge que l'on applique sur la plaie. Cette matière étant imputrescible et n'irritant pas la peau, on peut laisser longtemps ce pansement en place. Il diminue la suppuration et avance la cicatrisation. Son prix est insignifiant. Tels en sont les avantages.

Plaies par arrachement. A l'occasion d'un fait d'arrachement de la première phalange du pouce gauche avec tout le long extenseur de ce doigt, soit 26 centimètres, observé par M. A. Paris, M. le professeur Gosselin fait remarquer, dans son rapport, que cette rupture est plus rare que celle d'un fléchisseur, de même que la rupture dans l'épaisseur des fibres musculaires est plus rare que celle du tendon. Ces différences sont établies d'après les faits épars dans les annales de la science, sans qu'on les trouve indiquées dans aucun traité classique. Follin seul dit quelques

mots de cet arrachement des doigts avec leurs tendons au chapitre des *plaies par arrachement*, mais sans décrire les variétés que présentent celles des doigts et des orteils. Il y a donc lieu pour les futurs auteurs de traités de chirurgie à combler cette lacune.

Cette lésion n'est pas rare dans l'armée, d'après MM. Larrey et Legouest, mais sans que l'on s'accorde sur le mécanisme de l'arrachement, à savoir : si c'est par élongation, étirement ou rupture des fibres tendineuses ou musculaires. Dans un cas, M. Gosselin a vu le pouce gauche, détaché par fracture à la jonction du tiers supérieur de la première phalange, être retenu seulement par son tendon fléchisseur qui dépassait la plaie du pouce de 10 centimètres environ, au bout duquel il était comme flottant. Pensant que la rupture était complète, l'interne exerça des tractions, mais en vain. Il fallut couper le tendon avec des ciseaux au niveau de la plaie. Rien ne se détacha ni ne s'exfolia les jours suivants. Il n'y avait donc pas déchirure, mais simple élongation.

Mais cette élongation résulte-t-elle de rupture partielle des fibrilles, ou bien de leur simple allongement détruisant leur élasticité et leur rétractilité? MM. Legouest et Giraldès soutiennent la première opinion, tandis que M. A. Guérin incline vers la seconde. Il a vu, dans les cas d'arrachement, les muscles étirés perdre leur aspect lisse et normal pour devenir granuleux à une certaine hauteur. Une sorte de vibration semble s'être prolongée vers leur insertion supérieure en leur faisant perdre leur contractilité et en modifiant leur couleur. Le membre étant amputé, les muscles qui ont subi l'élongation forcée ont, en effet, perdu tout pouvoir contractile, tandis que les autres en sont doués et répondent très-bien à la moindre irritation. Des modifications particulières se passent donc dans les muscles allongés sans y détruire la vie. M. Guérin explique ainsi pourquoi certains tendons se rétractent dans leurs gaînes, tandis que d'autres ne se rétractent pas. C'est donc un point à élucider.

Au point de vue clinique, ces lésions guérissent presque toutes uniformément sans complication. Les suppurations profondes intermusculaires sont rares ainsi que les rétractions digitales. (*Acad. de méd.*, septembre.)

PLEURÉSIE. *Mortalité.* Elle s'est encore élevée à 35 décès dans les hôpitaux civils et militaires de Paris, pendant le premier trimestre de 1874, qui compte ordinairement le plus grand nombre d'affections thoraciques (*Union méd.*, n° 57). C'est une diminution sur l'année précédente, mais la proportion a encore dépassé la moyenne, sans qu'aucun éclaircissement ait été tenté pour savoir si cette mortalité dépend du traitement par la thoracentèse pratiquée de bonne heure et généralement suivi dans les hôpitaux de Paris.

Il serait cependant facile de comparer la mortalité des cas traités médicalement, par les révulsifs en particulier comme autrefois, et ceux traités chirurgicalement; malheureusement l'emploi de dérivatifs cutanés est délaissé aujourd'hui ou très-négligé. Leur action est mise en doute. Pour l'établir une fois de plus, M. Schaack constate que sur 10 pleurésies traitées au moyen des vésicatoires dans les hôpitaux de Lyon, pendant ce premier trimestre de 1874, une seule a nécessité l'opération de la thoracentèse, pratiquée tardivement, et tous ont guéri. (*Lyon méd.*, n° 11.)

Diagnostic des fausses membranes et leur action mortelle. Dans un cas de pleurésie aiguë droite, apyrétique, avec épanchement abondant, ponctionné trois fois avec aspiration par M. L. Colin, au Val-de-Grâce, il observa, d'une part, que 50 à 60 grammes seulement de sérum s'écoulèrent lors de la seconde ponction, alors que le malade asphyxiait, et que tout indiquait un épanchement considérable, et que 2000 grammes furent retirés ensuite par l'aspiration. Malgré cette soustraction abondante, la dyspnée et les symptômes asphyxiques persistaient.

La mort étant survenue quarante-deux jours après le début des accidents, l'autopsie montra le poumon droit gros comme le poing, et fortement serré dans une fausse membrane, d'un centimètre d'épaisseur environ, formant comme une gangue fibrineuse qui l'étreignait, nageant dans plus de 4 kilogrammes de liquide purulent, ce qui expliquait la persistance des symptômes asphyxiques et de la matité après la thoracentèse.

MM. Oulmont et Moutard-Martin relatent des faits identiques. Ce dernier y voit l'indication de pratiquer la tho-

racentèse aussi près que possible du début, afin de ne pas donner aux fausses membranes le temps de s'organiser, ni de s'épaissir dans ces proportions, car, en empêchant le poumon de revenir sur lui-même, elles sont la cause de la mort. (*Soc. méd. des hôpitaux*, juillet.)

Signe nouveau d'épanchement. De même qu'en frappant très-légèrement un côté de la paroi abdominale dans l'ascite, ou lorsqu'un kyste de l'ovaire est rempli de liquide, l'onde produite est sentie facilement du côté opposé, on peut la sentir également dans l'épanchement pleurétique, suivant le docteur Ward. Il s'agit seulement de percuter un point situé au-dessous du niveau du liquide. Si un aide percute dessus le second ou le troisième espace intercostal, et que le doigt de l'observateur soit posé sur le septième espace intercostal au point où l'on frappe ordinairement en pareil cas, une onde parfaite est transmise. (*New-York med. Journ.*)

Repos artificiel. Le docteur Roberts l'a employé dans le premier degré de la pleurésie, au moyen du bandage recommandé par le docteur Mac Crea dans la phthisie.—Voy. *ce mot*.

Périplcurite. Nouvelle variété anatomo-pathologique, consistant dans l'inflammation suppurative limitée au tissu cellulaire costo-pleural, indépendamment des causes traumatiques de la pleurésie. Aux 5 observations rapportées par Billroth, Wunderlich et Suadicani, Bartels (de Kiel) en ajoute 3 autres ; total, 8 cas, dont 4 mortels, quoique les abcès aient peu de tendance à s'ouvrir dans la plèvre. Le pronostic est donc grave, d'autant plus que la péricardite et la néphrite la compliquent souvent.

Elle se confond surtout avec l'empyème. Le côté affecté est souvent aussi saillant et immobile que dans l'épanchement ; mais, dans celui-ci, la saillie est surtout appréciable dans un ou deux points intercostaux. La matité n'est pas la même. Souvent la résonnance est normale à la partie inférieure du thorax dans la périplcurite. Elle ne se complique jamais du déplacement des organes. Quand la fluctuation intercostale apparaît, l'abcès est souvent moins dur durant l'inspiration que pendant l'expiration.

Le point essentiel du traitement est d'évacuer le pus aussitôt que possible (*Deutsche Arch. fur klin. medic.*)

Pleurésie diaphragmatique. Un de ses meilleurs signes, suivant M. Peter qui l'a indiqué le premier, est l'énorme *dilatation de l'estomac.* Elle résulte de l'abolition de la tonicité des couches musculaires produite par le voisinage de la séreuse enflammée. C'est ainsi que, dans la péritonite, les intestins et l'estomac se dilatent par la même cause, et que la paroi abdominale, frappée de parésie, se laisse distendre sans résistance.

Cette dilatation stomacale est facile à reconnaître. La percussion donne un son tympanique qui, de la région épigastrique, s'étend jusqu'à la pointe du cœur. Le pronostic de cette grave affection peut être ainsi porté d'avance. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juillet.)

Pleurésie purulente. *Empyème.* Dans quatre cas, dont deux succédant à une pleurésie séreuse, M. le docteur Carré a obtenu quatre succès à l'hôpital d'Avignon, en pratiquant l'empyème de la manière suivante :

Un trocart à hydrocèle étant enfoncé, au lieu d'élection, dans le septième ou le huitième espace intercostal, la nature du liquide reconnue ainsi que l'absence d'adhérences au moyen de la canule, celle-ci est laissée en place pour servir de conducteur. Un aide tirant sur la peau à 6 ou 7 centimètres en avant du point d'implantation et dans la direction de l'espace intercostal, il en résulte un sillon, au fond duquel l'opérateur divise la peau avec le bistouri de la main droite, en tenant fixe la canule de la main gauche, dans une étendue de 6 centimètres ; puis, dans un troisième temps, la pointe du bistouri est enfoncée, en rasant la canule du trocart, jusque dans la plèvre, et les couches musculaires divisées d'un seul coup, parallèlement à l'incision de la peau. L'opération est ainsi facile, sûre, sans aucune incertitude sur le résultat, ni aucune irrégularité dans la division des tissus. Pour n'être pas brillante, elle convient donc beaucoup mieux aux praticiens peu exercés, et n'exige qu'un aide. Des lavages de la plèvre suffisent ensuite à éliminer le pus et à le tarir. (*Lyon médical,* n° 16, août.) — Voy. KYSTE HYDATIQUE DU FOIE.

PLOMB. *Présence dans l'encéphale.* MM. Troisier et Lagrange ont trouvé plusieurs centigrammes de plomb à l'analyse chimique de l'encéphale d'un fondeur qui avait été traité plusieurs fois de coliques de plomb. Il avait cessé son état depuis six mois lorsqu'il est mort, sans présenter aucun trouble de l'intelligence. Si donc, ce fait tend à montrer que le plomb s'élimine lentement de l'économie, et peut s'y rencontrer sans troubles intellectuels, la dose trouvée est si faible, que d'autres analyses seraient indispensables pour corroborer celle-ci. L'aplatissement des circonvolutions avec coloration pâle, induration et état poisseux, sont des caractères extérieurs, suffisants, suivant M. Ollivier, pour caractériser l'intoxication saturnine. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Son action sur les reins doit aussi en faire minutieusement rechercher l'emploi ou l'absorption, quand il s'agit d'administrer un médicament qui doit être éliminé par cet organe; s'il est imperméable, en effet, le médicament n'étant pas éliminé s'emmagasine dans l'économie, et produit très-rapidement l'intoxication, comme M. Bouchard l'a montré pour la digitaline et le mercure (voy. *ce mot*). Il faut donc s'enquérir, avant leur emploi, s'il n'y a pas d'albuminurie ou intoxication saturnine.

Absorption cutanée locale. Ce fait encore contesté semble mis en évidence par les observations de M. le docteur Manouvriez. Sur trente saturnins observés dans les hôpitaux de Paris, trois ne présentaient qu'un liséré partiel, sans aucun signe d'intoxication générale. Dans les autres cas, les accident saturnins locaux ont toujours prédominé sur la partie la plus immédiatement en contact avec les préparations de plomb. La paralysie des avant-bras était ainsi exclusive ou prédominante chez les peintres, et affectant le côté droit chez les droitiers et le côté gauche chez les gauchers.

Sur neuf cérusiers, six étaient paralysés du membre supérieur droit, et l'un d'eux qui piétinait sur la céruse était au contraire atteint aux membres inférieurs. Chez deux autres droitiers de fait, mais astreints à se servir de la main gauche pour leurs travaux, l'avant-bras et la partie inférieure du bras et la main gauche étaient seuls paralysés. Tous les autres étant droitiers étaient atteints à droite.

Deux conséquences pratiques en résultent : c'est l'indication du traitement externe qui a donné de bons résultats dans les cas précédents, et la nécessité pour les ouvriers de se garantir, par des gants et des vêtements appropriés, du contact immédiat sur la peau des préparations saturnines dont ils se servent. (*Gaz. des hôpitaux.*)

Anémie. En examinant le sang de onze saturnins, neuf hommes et deux femmes, à l'aide de son micromètre, M. Malassez a constaté une diminution du nombre des globules rouges avec augmentation de leurs dimensions, fixité plus grande et diminution probable dans leur activité circulatoire. La résultante est donc une anémie réelle, et qui peut être très-grave.

Cependant il reste à savoir si cette hypoglobulie est absolue ou seulement relative. La diminution des globules dans une quantité aussi microscopique du sang peut tenir à l'augmentation de sa partie liquide, et, lors même que cette diminution globulaire serait réelle, il faudrait encore savoir si elle est due à ce qu'il se détruit plus de globules qu'à l'état normal, ou s'il s'en forme moins. Il pourrait encore se faire une combinaison de ces deux ou trois causes ; et, d'ailleurs, il faudrait déterminer à quelle période cette hypoglobulie s'observe, afin de pouvoir juger si elle est un effet direct du plomb absorbé sur le sang, ou des différentes altérations organiques qui en sont la conséquence, comme les lésions du cœur, des reins, etc., etc. Le fait constaté n'avance donc guère le problème à résoudre. (*Soc. de biol.*, décembre, et *Gaz. méd. de Paris*, n°s 1 et 2.)

Empoisonnement. Un homme employé depuis vingt jours seulement à la fabrication du minium fut pris d'accidents encéphalopathiques avec convulsions, et mourut dans le coma. La température du rectum, pendant les convulsions, était abaissée à 36 degrés.

A l'autopsie, on trouva, en dehors des lésions rénales, une coloration jaune clair de la substance cérébrale, tandis que la peau en était exempte. Une légère teinte subictérique s'observait sur les conjonctives. (*Soc. de biol.*, novembre.)

Un enfant de neuf ans, lymphatique et délicat, ayant avalé une pièce de plomb de 20 grammes, de la dimension

d'une pièce de 2 francs en argent, irrégulièrement circulaire, et qui faillit l'étrangler en passant, M. le docteur Bidard (de Domfront) fit prendre toutes les demi-heures une tasse à café de limonade sulfurique (2 grammes pour 1000) dans le but de déterminer à la surface de la pièce un sel de plomb insoluble servant de corps isolant pour s'opposer à l'absorption du plomb. Tous les deux jours, 30 grammes de sulfate de magnésie sont administrés à jeun. Défense absolue d'aliments salés. Pas de lait. De la panade faite avec du beurre sans sel, et eau faiblement rougie. Cotelettes saignantes à sucer.

Huit jours après, l'enfant rendait la pièce dans les selles, sans avoir éprouvé la moindre colique. Elle avait une coloration noirâtre très-marquée. C'était un sel de plomb insoluble qui avait empêché l'absorption. (*Soc. méd. des hôp.*, août.)

Injections uréthrales de sous-acétate de plomb liquide. Un employé de vingt-trois ans éprouve depuis trois jours, sans cause connue, un malaise considérable qui le force à garder le lit, avec douleurs de tête et surtout du ventre. Le docteur Faivre trouva la langue nette, l'appétit nul, avec constipation depuis trois jours, soif modérée, urines normales ainsi que le pouls.

En palpant le ventre très-rétracté, la pression soulageait le malade au lieu d'être douloureuse. Devant cette indication d'une intoxication saturnine, un beau liséré plombique des gençives vint confirmer le diagnostic. Mais le poison et sa voie d'entrée restaient inconnus. Ce n'est qu'en relevant la chemise pour mieux examiner le ventre que des taches suspectes ayant été remarquées, le malade avoua une blennorrhagie remontant à plusieurs semaines, contre laquelle un pharmacien avait prescrit des injections d'extrait de saturne qu'il représenta. Des frictions avec du cérat saturné sur une petite plaie avaient aussi pu contribuer à cette intoxication. Le corps du délit était trouvé.

Il fallut employer le traitement de la Charité pour faire cesser les coliques et détruire la constipation. Les forces se rétablirent graduellement. L'auteur de cette observation remarquable ne dit pas que les muscles des avant-bras fussent spécialement paralysés. (*Soc. de méd. de Besançon.*)

PNEUMATOMÈTRE. Appareil construit sur le principe du gazomètre et imaginé par le professeur Waldenburg, pour administrer l'air comprimé ou raréfié. Il se compose d'un cylindre extérieur de 1 mètre de haut et de 30 centimètres de diamètre. Un cylindre interne comprime ou raréfie l'air qui s'y trouve contenu en se levant ou en s'abaissant à volonté. Au fond du cylindre externe, se trouve de l'eau communiquant avec un tube de verre indiquant la pression et permettant ainsi de faire fonctionner l'appareil chez les emphysémateux et les phthisiques, mais jusqu'ici sans résultats bien remarquables. (*Berlin. klin. Wochenschr.*) — Voy. PHTHISIE.

PNEUMONIE. Il est le plus souvent si difficile de la diagnostiquer chez le nouveau-né, qu'il est bon de rappeler les signes physiques relatés par M. Bouchut dans une de ses leçons.

En examinant l'enfant découvert et couché, on voit la respiration fréquente, diaphragmatique, et en même temps, à chaque inspiration, de petits mouvements des ailes du nez. S'il se joint à cela l'augmentation de la chaleur de la peau ou mieux encore de la température axillaire ou rectale qui annonce une maladie inflammatoire, l'absence du phénomène connu sous le nom de tirage montrant que l'obstacle à la respiration ne siége pas dans le larynx, on arrive à avoir de fortes présomptions en faveur de la pneumonie, présomptions que les données de la percussion suffisent le plus souvent à transformer en certitude. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques,* juin.)

Récidives. Elles se manifestent de préférence chez l'homme adulte, à des intervalles de un à trois ans, d'après M. le docteur E. Leudet. Le même poumon, et surtout le droit, en est le siége préféré. Il est rare que toutes les récidives frappent le poumon gauche. D'après ses observations, les récidives de pneumonie ne sont pas très-graves; leur intensité varie plus suivant les sujets que suivant la maladie; la durée des récidives est en général moindre que celle des pneumonies primitives. (*Clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen.*)

Injections hypodermiques de calomel. Employées par le docteur Formenti sur six hommes de vingt-cinq à cinquante ans, de constitution plutôt lymphatique et cachectique, comme le sont généralement les habitants de la basse Lombardie, sauf un, qui était un beau jeune homme de vingt-sept ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin. Dès la première visite, le malade présentait une fièvre violente, avec chaleur brûlante, respiration difficile, toux sèche, rares crachats sanglants, douleur pongitive du côté. Après avoir bien clairement établi le diagnostic par la percussion et l'auscultation, l'auteur pratiqua au bras une injection de 10 à 20 centigrammes de calomel dans un gramme d'eau, selon l'âge et les conditions particulières du sujet, en y joignant parfois l'application de quelques sangsues sur le point douloureux, comme révulsif, pour calmer la souffrance, ne donnant d'autres remèdes que des boissons rafraîchissantes diurétiques.

A la visite du lendemain, il y eut constamment, sans exception, une diminution de la fièvre et de la chaleur, la céphalalgie, l'expectoration, la toux et la quantité d'urine augmentée. Les râles crépitants plus rares étaient moins intenses et plus humides, la respiration plus facile; la durée de la maladie fut en général plus courte que par les autres médications. Dans un seul cas, chez le jeune homme robuste et sanguin, après quelques jours d'amélioration, un nouvel accès de fièvre reparut avec recrudescence des symptômes. Une nouvelle injection avec 10 centigrammes de calomel fut aussitôt pratiquée, l'amélioration se produisit de nouveau et la guérison définitive eut lieu en vingt jours. Il n'y eut jamais ni inflammation locale ni ptyalisme.

L'auteur recommande l'emploi de ce traitement dès le début de la pneumonie chez les sujets faibles et cachectiques en particulier, dans la clientèle privée plutôt qu'à l'hôpital où l'on n'y voit jamais le mal au début. Malheureusement, les détails sont insuffisants pour entraîner la conviction, et si le calomel a déjà été préconisé contre la pneumonie, la nouveauté de ce mode d'emploi faisait un devoir à son auteur de donner des observations complètes, irrécusables, ne laissant aucun doute dans l'esprit. (*Gazz. med. Lombarda*, août.)

Pneumonie caséeuse. *Affaiblissement et amaigrissement.* Telle est l'importance de son diagnostic différentiel avec la pneumonie fibrineuse que l'on ne saurait apporter trop de soin à en distinguer les symptômes. C'est ainsi qu'en revenant sur l'étude qu'il en a faite et basé sur six observations cliniques très-complètes, M. le docteur Chouppe insiste particulièrement sur l'affaiblissement inexplicable accusé par les malades lorsqu'ils se présentent. C'est là ce qui fixe principalement leur attention et provoque leurs plaintes. Il n'ont encore eu que des frissons erratiques, suivis d'accès de fièvre rémittents, que déjà la faiblesse les a obligés de cesser tout travail. Ce symptôme est donc caractéristique.

L'amaigrissement, sur lequel ont insisté avec raison MM. Hérard et Cornil, lui est corrélatif, notamment celui des parois du thorax. Ces deux signes physiques indiquent que ce n'est pas là une pneumonie aiguë ordinaire et suffisent à autoriser, dès le début, un pronostic grave.

Les hémoptysies, au contraire, ne sont pas constantes et n'ont pas la même valeur séméiologique absolue. (*Archiv. de méd.*, juillet et août.)

Pneumonie herpétique. Si cette variété était aussi réelle que M. le docteur Lagout l'infère de ses observations, l'expectation, sinon quelques centigrammes de tartre stibié, serait indiquée jusqu'à l'apparition de l'*herpès labialis* qui jugerait cette maladie. — Voy. Herpès labialis.

POLYPES. Polypes naso-pharyngiens. *Mort subite par syncope.* Fondé sur une observation d'extirpation recueillie dans le service de M. Verneuil, et sur quatre autres cas collectés dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, M. Pozzi montre que la mort subite peut survenir pendant et après cette extirpation par la syncope qui se manifeste assez souvent, même en l'absence de toute hémorrhagie notable. Sans doute c'en est là la cause principale, mais surtout quand elle se joint au rétrécissement de la cavité crânienne par la destruction plus ou moins avancée de la base du crâne. Suivant que ces deux causes agissent avec plus ou moins d'intensité, la syncope est légère ou mortelle.

Le pronostic de l'excision doit donc être plus réservé qu'on ne pense généralement, puisqu'une mort soudaine

peut s'ensuivre alors que le sujet paraissait dans les meilleures conditions et ne présentait aucun trouble cérébral. De là l'indication d'opérer le malade couché, de préférence sans anesthésie, par une méthode rapide et permettant une hémostase facile. (*Assoc. française*, 1874.)

Excision-fatale. Le 17 juin dernier un garçon de quinze ans succombait, non sous le couteau, mais sur la table de l'amphithéâtre à l'hôpital du Collége de l'Université de Londres. Il venait d'être opéré par M. Berkeley-Hill d'un polype naso-pharyngien dont la base sessile s'insérait au-dessous du sphénoïde et de l'apophyse basilaire qu'il repoussait en haut. Le déplacement du maxillaire supérieur avait eu lieu et cette mutilation avait duré près d'une heure, lorsque le pauvre enfant, pâle et maigre, et qui était tombé déjà en syncope pendant l'opération, passa définitivement de vie à trépas dès que la tumeur fut enlevée. Elle était fibreuse et pesait trois onces. Tous les moyens furent impuissants à rétablir la circulation, même la transfusion du sang.

L'écoulement du sang avait cessé depuis longtemps, ainsi que la chloroformisation, lorsque le pouls cessa de battre; mais l'opéré n'avait pas repris connaissance depuis la cessation de celle-ci, de telle sorte qu'il est impossible d'affirmer s'il a succombé au *shock* de l'opération, au chloroforme ou à la perte du sang. (*Lancet*, juin.)

Polypes des arrière-narines. Ils se distinguent des précédents, avec lesquels ils se confondent parfois, d'abord par leur siége sur la muqueuse des arrière-narines ou à leur voisinage, sur la partie postérieure du voile du palais le long de laquelle ils sont pendants, en formant une saillie plus ou moins considérable. Ils n'occasionnent pas d'hémorrhagie ni de gêne notable de la respiration ni de la déglutition. A ces caractères, ils se distinguent des polypes naso-pharyngiens, distinction essentielle, puisque ces polypes peuvent être extirpés par des opérations bénignes et sans récidive. Chez deux garçons de dix-sept à dix-huit ans, M. Trélat a pu les enlever sans délabrement par la face et obtenir ainsi une guérison complète. (*Soc. de chirurgie*, octobre.)

Polypes vasculaires de l'urèthre. *Acide chromique.* Le peu d'attention accordée à ces végétations, malgré leur fréquence chez la femme, est une cause, suivant le docteur Arthur Edis, de leur gravité et de la nécessité de recourir souvent à l'excision sanglante pour en obtenir la guérison radicale.

Devant l'emploi douloureux du nitrate acide de mercure, de la potasse caustique et l'acide nitrique, l'inefficacité du nitrate d'argent et la difficulté du cautère actuel, M. Edis a essayé l'acide chromique à l'hôpital des femmes de Soho-Square, et en a obtenu facilement la destruction du polype. Il suffit d'enrouler simplement un peu de coton cardé autour d'une allumette et, après l'avoir trempé dans cet acide, de l'exprimer fortement sur la végétation jusqu'à ce que toute la surface en soit ratatinée. Il faut protéger les parties voisines avec du coton cardé trempé dans une solution de carbonate de soude qui, appliqué sur la tumeur après sa cautérisation, pour neutraliser l'excès d'acide, produit une sensation de brûlure qu'il est facile de faire cesser par une injection morphinée ou par application locale.

La tumeur est alors insensible et la malade n'éprouve plus que la gêne produite par la présence de la petite masse morbide. On renouvelle l'application tous les huit jours, suivant la grosseur de la masse : généralement deux applications suffisent à amener une cure radicale qui reste permanente, comme cinq observations, prises parmi les nombreux exemples observés par l'auteur, en sont la preuve.

L'*acide phénique,* cristallisé ou en solution saturée, peut aussi momifier ces végétations et déterminer moins d'inconvénients que la plupart des autres agents. (*British med. journ.*, avril.)

POULS. Pouls fœtal. L'absence prolongée de battements du cœur, bien constatée par un examen répété, dans l'extraction par les pieds, est généralement regardée comme indication de mort du fœtus, et une raison pour cesser toutes tentatives d'extraction violente comme inutiles. Le docteur Dohrn montre que cette indication peut être trompeuse. Chez deux multipares ayant un bassin aplati et rétréci, les pieds s'étant présentés aussitôt la rupture de la poche des eaux avec procidence du cordon, les battements de celui-

ci s'arrêtèrent bientôt, et l'extraction ayant été arrêtée par le relèvement des bras, on constata l'absence totale de battements à la région précordiale. On se disposait ainsi à suspendre les tractions, lorsque des mouvements inspiratoires, apparents dans un cas et une forte douleur dans l'autre, permirent de terminer rapidement l'extraction. Or, malgré que le cœur eût cessé de battre depuis plusieurs minutes, ces enfants furent rappelés à la vie par un bain chaud et continuèrent à se bien développer.

L'absence des battements du cœur pouvant tenir en pareil cas à la compression du cerveau, elle est une indication expresse de terminer au plus vite l'extraction pour tirer le fœtus de ce grave péril. Mais si au contraire cet arrêt est produit par l'asphyxie, il est moins probable que l'enfant survivra ; la mort est ordinairement définitive et les tentatives d'extraction rendues ainsi inutiles. (*Arch. de Tocol.*, octobre.)

PRIX. Cette institution reçoit chaque jour de nouveaux développements en France, de même que celle des bourses ou *scolarships* en Angleterre. On ne saurait trop y applaudir, car c'est un excellent moyen de provoquer les recherches scientifiques, et un stimulant efficace d'émulation pour l'étude et le travail ; elle est donc essentiellement progressive.

Ces fondations sont d'autant plus louables, qu'elles sont dictées par un désintéressement complet de renommée, et inspirées au contraire par les sentiments les plus délicats du cœur humain. C'est ainsi qu'en souvenir de son mari, le docteur Huguier, membre de l'Académie de médecine, et par suite du désir qu'il avait exprimé, sa veuve a fait don à cet établissement d'une rente annuelle de 1000 francs pour fonder un prix triennal sous son nom, qui sera accordé au meilleur ouvrage sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections. On sait que Huguier découvrit la glande vulvo-vaginale, et qu'il a le premier pratiqué l'excision du col hypertrophique.

Elle a fait également don d'une rente annuelle de 1000 francs à la Société de chirurgie, dont Huguier fut l'un des fondateurs, président et l'un des membres actifs, pour

instituer un prix sous son nom, avec faculté par la Société d'en déterminer le programme et les conditions.

En souvenir de son illustre frère le professeur Pierre-Nicolas Gerdy, M. Vulfranc Gerdy, son puîné, a légué par son testament une partie de sa bibliothèque à la Société de chirurgie, et une rente annuelle de 1000 francs destinée à former un prix biennal de 2000 francs, qui sera décerné sous le nom de son fondateur.

Un don de 10 000 francs a été fait aussi par M. Laroze à l'École de pharmacie de Paris, dont le revenu formera un prix annuel pour le meilleur mémoire sur l'analyse qualitative et quantitative, afin de prévenir les erreurs dans les rapports ou analyses chimiques.

Un prix de 50 000 francs a aussi été fondé par l'Assemblée nationale pour qui découvrira le moyen pratique de déterminer directement la présence de l'alcool dans les mélanges.

M. Dugasle a légué à l'Institut une rente annuelle de 500 francs pour fonder un prix quinquennal de 2500 francs à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Le docteur Burlot, mort à l'armée de la Loire, a légué à l'Assistance publique de Paris le capital de 20 000 francs, dont l'intérêt annuel sera servi à l'élève interne nommé au concours le cinquième, en souvenir du testateur qui, autrefois, dans ce concours de l'internat, avait été nommé le cinquième.

Pourtant le goût des concours académiques décroît graduellement, car, chaque année, du moins ici, les aspirants diminuent avec le nombre des mémoires envoyés. Sur les sept premiers prix, véritablement académiques, d'une valeur totale de 10 900 francs, treize mémoires seulement ont été envoyés, et quatre seulement jugés dignes de récompense par une somme de 3000 francs.

Le concours des ouvrages imprimés pour le prix Itard n'a réuni non plus que cinq concurrents, et 1500 francs sur 2700 ont seulement été distribués.

Quant aux prix d'Ourches de 25 000 francs, 5000 seulement ont été distribués entre cinq concurrents.

C'est donc en somme 9500 francs seulement d'accordés sur un total de 38 600 francs ; moins du quart.

Cette rareté de travaux indique évidemment un changement d'habitudes. A notre époque si positive et si pressée, on ne paraît plus disposé à travailler pour un avenir incertain ; on préfère courir les chances d'une publicité générale et immédiate à celle de récompenses plus ou moins aléatoires, et à une publicité tardive pour un public très-limité. Tout se démocratise ; il y aurait donc des réformes à faire dans ce sens. La liberté des questions à traiter, la publicité des rapports des Commissions, ne suffisent plus ; il faudrait la publicité même des meilleurs travaux, au moins dès la fin du concours. Pourquoi n'en ferait-on pas les frais avec le montant des prix non adjugés?

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Le programme en est ainsi fixé pour 1875 :

Prix de l'Académie. Du traitement des anévrysmes par les différents modes de compression. 1000 francs.

Prix Portal. Un sujet quelconque d'anatomie pathologique.

L'Académie recommande seulement les sujets suivants :

1° Du cancer secondaire des os ;

2° Des atrophies musculaires ;

3° Des diverses espèces de cirrhose du foie.

2000 francs.

Prix Civrieux. De l'insomnie. 900 francs.

Prix Capuron. Un sujet quelconque de la science obstétricale. 3000 francs.

Prix Barbier. Découverte des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus.

Des encouragements sont accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but, s'en seront le plus rapprochés. 3000 francs.

Prix Godard. Un travail sur la pathologie externe. 1000 francs.

Prix Amussat. Recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, ayant réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. 1000 francs.

Prix Lefèvre. De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale. 3000 francs.

Prix d'Argenteuil. Le perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, pendant la sixième période de 1869 à 1875, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans. 8000 francs.

Prix de l'hygiène de l'enfance. Déterminer les chiffres de la mortalité des enfants de la naissance à un an : 1° suivant les âges, c'est-à-dire de semaine en semaine pendant le premier mois ; puis de un à trois mois, de trois à six, de six à neuf, de neuf à douze ; 2° suivant le sexe ; 3° suivant l'état civil ; 4° suivant les lieux, c'est-à-dire par département et dans les plus grandes villes ; 5° suivant les mois de l'année. 12000 francs.

Prix Saint-Lager. (Voy. *année* 1873.)

Les candidats doivent envoyer leurs travaux, dans les formes académiques, au secrétariat de l'Académie, rue des Saints-Pères, avant le 1er mars 1875. Les concurrents aux prix Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat pourront seuls se faire connaître.

Prix Huguier. 3000 francs au meilleur travail manuscrit ou ouvrage imprimé sur le traitement chirurgical des maladies des femmes. Les ouvrages étrangers et les traductions sont exclus. Le prix ne sera pas partagé, mais accordé au besoin au meilleur ouvrage de chirurgie pratique. A décerner en 1877.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Prix Gerdy. (1875.) De l'action de l'air sur les plaies au point de vue historique et doctrinal, en accordant à l'étude

historique toute l'importance qu'elle comporte. 2000 francs de récompense.

Prix Laborie. (1875.) Établir à l'aide d'observations la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne. 1200 francs de récompense.

Prix Duval. (1875.) 100 francs de récompense à la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans l'année, par un ancien interne des hôpitaux civils ou militaires, et fondée sur des observations recueillies par lui.

Les thèses et mémoires doivent être parvenus *franco* au siége de la Société, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1875.

Imitant ses compatriotes, M. Préterre, dentiste américain à Paris et directeur de l'*Art dentaire*, a fondé un prix de 300 francs pour le meilleur travail qui lui sera adressé en 1874 sur la *périostite alvéolo-dentaire chronique*. Le travail couronné sera en outre publié dans le journal. Adresser les mémoires jusqu'au 31 décembre, boulevard des Italiens, 29.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

1875. Indiquer et apprécier l'influence exercée sur la médecine pratique par les progrès récents de l'histologie. 300 francs.

De la mortalité à Lyon. Étude comparée de ses différences et de ses causes dans les divers arrondissements de cette ville. 500 francs.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques, avant le 1er novembre 1875, à M. le docteur Diday, secrétaire général, 8, rue de Lyon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

1876. *De l'accouchement prématuré artificiel*; apprécier sa valeur au point de vue de la mère et de l'enfant. 300 fr.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.

Prix Fauré. (1875.) Quelles sont les améliorations à

apporter dans l'alimentation de la classe peu aisée de la ville de Bordeaux ? Médaille d'or de 300 francs.

Quelle part, dans les maladies utérines, revient au traitement général et au traitement local? Médaille de 300 francs.

Les mémoires doivent être adressés, à Bordeaux, chez M. Douaud, secrétaire général de la Société, rue Notre-Dame, 73, jusqu'au 31 août 1875, limite de rigueur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN.

Prix Riberi de 20 000 francs. *Pathologie de l'appareil génital féminin.* Tous les ouvrages imprimés en 1874, 1875 et 1876, envoyés en double exemplaire et *franco*, sont admis, ainsi que les travaux manuscrits, jusqu'au 31 décembre 1876.

INSTITUT LOMBARD.

Prix Cagnola. De l'électrothérapie appliquée à la résolution des tumeurs. 1500 francs de récompense et une médaille d'or de 500 francs.

Terme du concours : fin février 1876.

Prix Secco-Comneno. Du moyen le plus expéditif, économique et sans danger, de la crémation des cadavres, en s'appuyant sur des expériences faites sur les animaux. 864 francs de récompense. Terme du concours : fin février 1877.

Prix Castiglioni. Démontrer si l'on doit donner la préférence au vaccin animal ou au vaccin humanisé pour la prophylaxie de la variole ; et, en cas d'affirmative pour le premier, indiquer les moyens de culture du vaccin animal les plus sûrs et les plus économiques. 600 francs de récompense. Terme du concours : fin février 1875.

Les travaux écrits ou imprimés en italien, latin ou français, doivent être adressés *franco* au secrétariat de l'Institut Lombard, à Milan.

Prix Fossati. Ce Nestor de la phrénologie, l'élève, le

compagnon et l'ami de Gall, vient d'instituer un prix annuel de 2000 francs aux Italiens exclusivement, dont le concours est ouvert sur la question suivante :

Histoire du progrès de l'anatomie et de la physiologie du cerveau au XIXe siècle, en ce qui concerne particulièrement la doctrine de Gall, en prenant comme point de départ les dernières publications de Gall, jusqu'en 1871.

Les mémoires devront être parvenus *franco,* et dans les formes académiques, le 1er avril 1876, au Conseil municipal de Milan. Le prix sera décerné le 1er août suivant.

Prix Speranza. *Hygiène physique spéciale de l'enfance.* De la naissance au septième mois, en y comprenant les moyens curatifs des maladies les plus communes à cet âge. 300 francs de récompense. Adresser les mémoires en italien et dans les formes académiques au recteur de l'Université de Parme jusqu'au 6 mars 1875.

Prix A. Cooper. *Anatomie, physiologie et pathologie du grand sympathique.* 7500 francs. Le concours est universel avec des mémoires, manuscrits ou des livres imprimés, pourvu qu'ils contiennent des expériences et des observations originales avec planches ou gravures, ou des préparations anatomiques à l'appui. L'emploi de la langue anglaise est de rigueur.

Adresser les pièces, dans les formes académiques, aux médecins et chirurgiens de l'hôpital Guy à Londres avant le 1er janvier 1877.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LISBONNE.

Entre autres questions d'un intérêt purement local, elle soumet les suivantes à un concours universel :

I. Déterminer la nature et le siége anatomique du béribéri.

II. Quelle théorie, dans l'état actuel de la biologie chimique, explique mieux la formation du sucre dans le diabète, et quel est le traitement rationnel qui en découle ?

III. Quelle influence la théorie cellulaire de Virchow a eu sur les progrès de la thérapeutique chirurgicale ?

Une médaille en or de 20 grammes sera accordée à chaque

lauréat, avec un diplôme d'honneur comme accessit, à ceux qui enverront dans les formes académiques leurs mémoires avant le 1er octobre 1874, écrits en portugais, en espagnol, en français, en anglais ou en latin. L'allemand est exclu.

En quittant la rédaction en chef de l'*American Journal of obstetrics*, qu'il a créé il y a six ans à New-York, le docteur Dawson fonde un prix annuel de 150 dollars (750 francs) en faveur du meilleur travail qui sera adressé à la rédaction, 27, *Great Jones Street,* avant le 15 avril 1875, sur la question des *Difformités congénitales et des lésions dépendant des maladies de l'utérus ou des membranes.* Voilà au moins une marque effective de tendresse paternelle qu'il serait bon d'imiter partout.

Quant au prix de 2000 thalers (7500 francs) institué par l'impératrice Augusta pour le meilleur travail de *chirurgie militaire,* il a été partagé comme il suit, sur la proposition du jury composé des professeurs Langenbeck, Billroth et Socin : 1000 thalers au professeur Esmarch de Kiel ; 500 au chirurgien anglais Potter et 500 au docteur Landsberger, médecin à Posen.

PROLAPSUS ANAL. *Injections d'ergotine.* Les succès obtenus avec cet agent par le professeur Langenbeck l'ont conduit à en étendre l'emploi contre le prolapsus anal. Après avoir replacé l'intestin, il pratique une injection, à 3 centimètres environ de profondeur dans le tissu cellulaire, d'une solution de 5 à 15 parties d'ergotine dans 100 parties d'eau distillée. Répétée tous les trois ou quatre jours, pendant un mois, avec la précaution de donner des lavements à chaque selle, cette médication a donné des « *succès étonnants* » au célèbre chirurgien.

PSORIASIS BUCCAL. Affection dont on s'occupe beaucoup en Angleterre, et qui paraît être le premier degré de l'épithélioma, ou du moins son avant-coureur. On observe ainsi coïncidemment avec l'épithélioma de la langue, des plaques blanches formées par un épithélium épais et dur comme de la corne avec ou sans augmentation des papilles à l'œil nu. Tels sont les caractères du psoriasis.

Sir James Paget attira le premier l'attention sur cette association du psoriasis et de l'épithélioma de la bouche. Quelques années après l'apparition du premier, une dame de sa clientèle fut victime d'un épithélioma de la langue. Plusieurs autres faits de coïncidence ont été publiés depuis. Trois faits ont été observés sur des hommes d'une cinquantaine d'années, par M. H. Morris, à l'hôpital Middlesex, dans l'espace de six mois, ce qui indique sa fréquence. Une première fois, il enleva une partie de la langue avec l'écraseur galvanique, mais, dix mois après, de nouvelles plaques se renouvelèrent sur la langue. Il y eut également récidive dans le second. La ligature de l'artère fut dès lors pratiquée avec une nouvelle ablation. L'engorgement ganglionnaire était si considérable dans le troisième que, joint au mauvais état général, toute opération fut mise de côté.

On peut donc se demander si ce prétendu psoriasis ainsi localisé à la langue ou à la bouche n'est pas de la plus mauvaise nature, et s'il n'y a pas lieu de le regarder et de le traiter comme un cancer. Cela est d'autant plus justifié que, concurremment avec l'épithélioma, des plaques psoriasiques se montrent encore et que la dégénérescence commence ordinairement sur des plaques psoriasiques.

On l'a regardé aussi comme une modification de la syphilis. Des trois malades précédents, deux niaient absolument tout antécédent de ce genre, et aucune modification n'était survenue avec l'emploi prolongé des spécifiques.

Il n'y a pas lieu de recourir à un traitement chirurgical d'emblée, car, dans ces trois cas, le psoriasis existait depuis neuf à onze ans avant l'apparition d'un épithélioma. (*British med. journal.*, février.)

Le terme de psoriasis aussi bien que celui d'ichthyose sont impropres, selon M. Fairlie Clarke, car les plaques blanches, dures, saillantes et cornées qui s'observent sur la langue sont toutes différentes des papilles hypertrophiées de la peau. Et tandis que celles-ci ne s'enfoncent jamais profondément et ne prennent pas un caractère malin, c'est tout le contraire de celles de la langue. Le terme de *tylosis de la langue* (τύλος, callosité), employé par Ullmann, est bien préférable. Le nom de psoriasis s'appliquerait à peine à

ces taches blanchâtres, opalescentes et légèrement épaissies apparaissant sur la muqueuse linguale, comme si elles eussent été formées par le nitrate d'argent. Elles paraissent et disparaissent rapidement et coïncident ordinairement avec les manifestations de la syphilis (*Practitionner*, août). Mais Duhring proteste à son tour contre cette application du terme de psoriasis à ce *syphilodérm* squameux qui n'a rien de commun avec lui. (*Philadelphia med. Times*, février.)

Ce serait donc à distinguer les caractères de cette manifestation syphilitique avec ceux de l'épithélioma, comme dans les cas de Morris, que les praticiens devraient s'appliquer.

Sur 2000 cas d'affections cutanées sans caractère syphilitique ni parasitique, Gaskoin a rencontré 141 cas d'asthmes coïncidant et 56 fois avec le psoriasis. (*Lancet*, mars.)

Pour M. Mauriac, qui a consacré une longue étude à ce sujet, le psoriasis de la langue et de la bouche est une phlogose chronique dont les caractères anatomo-pathogiques sont une altération scléreuse des papilles et des couches superficielles du derme et une hypersécrétion épithéliale qui se condense sous forme de plaques grises, opalines, blanches et s'élimine en écailles, squames formées de cellules épithéliales. Ce n'est donc pas une ichthyose puisqu'elle évolue et que l'ichthyose n'évolue pas. Il peut s'y joindre secondairement d'autres altérations qui viennent compliquer le psoriasis.

Les parties atteintes sont, par ordre de fréquence et de gravité, la face supérieure et les bords de la langue, les commissures des lèvres, la face interne des joues et des lèvres, les gencives et la voûte palatine. A la période érythémateuse succède une période scléro-squameuse avec formation d'exulcération, crevasses, rhagades, déchiquetures des bords de la langue, état mamelonné, îlots, sillons, avec la teinte grise nacrée opaline des squames. Les érosions, plaques muqueuses, irisées, ecchymotiques, végétantes, cornées, prédominent dans le psoriasis syphilitique. L'hypertrophie des papilles peut dégénérer en épithélioma ou cancroïde. C'est une espèce spéciale et la terminaison la plus grave de cette maladie.

Le psoriasis artificiel ou provoqué, connu sous le nom de plaques des fumeurs, est ordinairement sans gravité. L'ar-

thritis et la dartre sont les causes les plus ordinaires du psoriasis buccal. Les lésions en sont si semblables qu'il est impossible de distinguer ces deux espèces étiologiques, à moins que des altérations cutanées n'en éclairent la nature. L'envahissement de la gorge en décèle ordinairement la nature syphilitique, mais le traitement spécifique est encore le critérium le plus certain pour en décider. L'intensité des troubles fonctionnels, comme la salivation, des douleurs lancinantes s'irradiant dans les oreilles, la gêne de la parole et de la mastication, les adénopathies, annoncent la nature maligne ou épithéliomateuse.

Les alcalins, et en particulier le bicarbonate de soude, conviennent dans la forme arthritique, et l'arsenic dans la forme dartreuse, le mercure et l'iodure de potassium dans la forme syphilitique. Mais ces derniers hâtent la transformation épithéliomateuse et en aggravent la malignité, quand ils ne s'adressent pas sûrement au virus syphilitique. (*Union méd.*, mai, juin, juillet et août.)

Le psoriasis buccal, thèse inaugurale par le docteur Debove, répétiteur à l'École pratique des hautes études. Paris, 1873. Affection ressemblant au psoriasis cutané, qui dégénère en cancroïde et que l'on confond souvent avec les manifestations syphilitiques secondaires. Les Anglais l'appellent *ichthyose* pour en montrer la nature dartreuse (voy. *ce mot*). L'excellente monographie faite par M. Debove est un véritable traité complet de cette maladie qui a obtenu la reproduction dans les *Archives générales de médecine,* avril, et que tous les praticiens devraient consulter pour se prémunir contre toute erreur diagnostique.

PURPURA HEMORRHAGICA. Pathogénie. A mesure que les symptômes morbides sont mieux étudiés et rattachés à leurs véritables causes, bien des entités ont disparu du cadre nosographique pour faire place à d'autres. La *maladie de Werlhoff* tend ainsi à disparaître. Après les études de deux jeunes médecins français, M. le docteur H. Mollière, en rassemblant dix observations diverses où ce symptôme a été constaté dans les cliniques de Lyon, dans des cas différents, sous des formes variées et des conditions diamétralement opposées, a montré que ce n'était pas là une entité

morbide distincte, mais bien un simple phénomène pouvant naître sous l'influence de causes variées.

Que les taches rouges, les pétéchies soient discrètes ou confluentes, locales ou généralisées, grandes ou petites, on ne peut méconnaître cependant qu'elles se manifestent toujours avec un caractère identique sur la peau. Rattachée jusqu'ici à une altération, à une diffluence du sang, cette hémorrhagie sous-dermique en est souvent l'unique signe apparent. Selon l'auteur, au contraire, elle peut apparaître en parfaite santé, comme il en rapporte des exemples, et il fait ainsi du purpura une simple diathèse hémorrhagique ou hémophilie due à une fragilité innée ou acquise des capillaires.

C'est évidemment substituer une théorie à tant d'autres, car aucune observation de l'auteur ne montre que le purpura se présente en parfaite santé. Les sujets prétendus en santé étaient évidemment affaiblis, anémiés, débilités, notamment cet ouvrier de vingt-sept ans qui, après avoir travaillé trois ans et demi dans une cave très-humide, éprouve des douleurs dans les jambes, et quitte enfin ce métier pour celui de crocheteur. Un pareil homme ne pouvait être en santé, et rien ne paraît plus probable que d'expliquer ses pétéchies sur les membres inférieurs par une altération, une diffluence du sang. Un examen chimique de ce liquide serait au moins nécessaire pour prétendre le contraire, et M. Mollière ne l'a pas fait. Sous ce rapport, son travail n'est donc pas démonstratif. (*Lyon méd.*, 1873.)

Au contraire, une preuve à l'appui de la doctrine traditionnelle, c'est le bon effet des acides minéraux, et surtout du perchlorure de fer. *Naturam morborum ostendunt curationes.*

M. Lucien Vernier a été frappé, comme M. Mollière, de la fréquence du purpura dans la tuberculose, et il en fait le sujet de sa thèse inaugurale (*Paris*, 29 mai 1873). Tout en admettant l'essentialité du purpura, cet auteur le divise en primitif et secondaire. C'est sous cette dernière forme de pétéchianose qu'il apparaît dans certaines diathèses où le sang est si profondément altéré en qualité et en quantité, comme dans le scorbut. Pas n'est donc besoin d'admettre cette nouvelle hémophilie mécanique de M. Mollière pour l'expliquer. La transsudation du sang suffit bien.

Injections d'ergotine. Ce n'est pas contre un purpura essentiel qu'elles ont été employées avec succès, mais contre un processus hémorrhagique chez une jeune fille de seize ans, atteinte de fièvre typhoïde. Des épistaxis, des hémoptysies, de l'hématurie se manifestèrent, en même temps que de nombreuses taches purpuriques sur toute la surface du corps. La térébenthine, l'acide gallique et l'acide sulfurique aromatique et tous les styptiques restèrent sans effet, lorsque, devant l'épuisement dangereux qui faisait craindre la mort, M. Lane essaya l'action de l'ergotine sur les organes à fibres lisses, et comme hémostatique par sa contraction des artérioles. 5 centigrammes suffirent pour faire diminuer immédiatement les hémorrhagies, et une seconde injection les arrêta complétement. Un régime tonique acheva la guérison. (*British med. journ.*, septembre.)

PUSTULE MALIGNE. *Inoculation négative.* Un voiturier, âgé de quarante-sept ans, se sent comme piqué par une mouche ou un taon le 28 mars 1874 à la tempe droite ; il y porte aussitôt la main, mais n'atteint ni ne voit la mouche. Un point rouge comme une piqûre de puce se manifeste immédiatement, d'après l'examen des camarades de la victime. Une démangeaison légère s'ensuit jusqu'au lendemain, mais la tuméfaction survient dès le 29 au soir ; elle augmente rapidement, et, à l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il vient à pied, le 1er avril, toute la tête est envahie surtout à droite, avec élevure à la tempe et plaque noire, insensible au centre, avec une couronne de petites vésicules transparentes autour. Une aréole rouge entoure celles-ci et se continue avec la tuméfaction œdémateuse du reste de la face.

Une incision cruciale est pratiquée aussitôt avec excision des lambeaux, et du 3 au 8 avril, la tuméfaction diminue, la température s'abaisse de 40 à 37°,5, mais pour se relever dès le 10, et s'élever jusqu'à 40°,6. Le gonflement augmente et prend une teinte rouge écarlate. Une collection purulente au cou en paraît la cause, mais malgré l'ouverture de cet abcès, les accidents persistent avec subdélirium presque continu, et le 12 le malade succombe dans le coma.

L'autopsie confirme le diagnostic de *pustule maligne* ; il n'y a ni phlébite, ni suppuration profonde, mais de ce que

la sérosité citrine recueillie des vésicules et inoculée à des lapins n'a produit aucun résultat; de ce qu'aucune bactéridie n'a été rencontrée dans le sang de l'incision et que son inoculation a été également négative, M. Gayet, qui a soigné le malade, se demande si c'est bien là une pustule maligne, et la négation des résultats expérimentaux, plutôt que les caractères cliniques, le fait conclure à un œdème malin. (*Lyon méd.*, septembre, n° 19.)

Telle est aujourd'hui la science plus expérimentale que clinique, que dans cette longue observation de sept pages, recueillie par l'interne du service, il n'est question d'aucun moyen interne employé. Incision, excision et cautérisation, c'est tout, pendant ces douze longs jours de maladie où la température et le gonflement sont exclusivement notés. Évidemment la marche est anormale ainsi que ses apparences, mais quoi d'étonnant après ce traitement énergique? Et faut-il parce que les bactéries font défaut et que l'inoculation est négative sur des lapins, toujours des lapins, infirmer le diagnostic de pustule maligne affirmé par tous les caractères cliniques? C'est ainsi que la science expérimentale tend de plus en plus à se substituer à la médecine clinique parmi la génération actuelle et que bientôt les signes ne seront plus rien en dehors de la température et des éléments microscopiques et expérimentaux.

R

RACHITISME. Étiologie. En nourrissant exclusivement des chiens, des chats, des lapins et un écureuil avec du lait, du pain blanc, des pommes de terre et de la graisse additionnés d'une certaine quantité d'acide lactique, le docteur Heitzmann a constaté, après cinq à six semaines, un gonflement des épiphyses chez les premiers; leurs membres se tordaient à divers degrés. Amaigrissement, catarrhe, convulsions. A partir de la huitième semaine, tout sembla rentrer dans l'ordre. Mais en voulant fracturer l'un de ces os, l'auteur constata une flexibilité surprenante, c'était comme un jonc. L'examen microscopique montra une notable augmentation du tissu spongieux, tandis que la

couche corticale était mince comme une feuille de parchemin, comme dans l'ostéomalacie.

Les rongeurs présentèrent les phénomènes de l'inanition.

D'où la conclusion que la présence de l'acide lactique dans le sang des herbivores produit le rachitisme et ensuite l'ostéomalacie. De là, la présence en excès de l'acide lactique dans les urines des rachitiques. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1873.)

De même qu'il avait contredit et infirmé les assertions de M. Jules Guérin en soumettant comparativement de jeunes chiens à la mamelle à un régime exclusivement animalisé, — ce qui avait fait dire au célèbre orthopédiste que le rachitisme se produisait à volonté, — M. Léon Tripier a répété les expériences de M. Heitzmann. Il a nourri des chats, des chiens, des lapins de différents âges, en mêlant à leur alimentation journalière de hautes doses d'acide lactique, pendant un mois et plus, et jamais il n'a observé, soit dans les fractures produites, soit à l'autopsie, aucune lésion osseuse caractéristique du rachitisme ni de l'ostéomalacie. Quant aux injections sous-cutanées de cet acide, elles donnent lieu à des gangrènes du tissu cellulaire qui les rendent inutiles ou dangereuses à ce point de vue.

Il y a donc lieu de vérifier à nouveau les résultats de ces expériences comparatives pour savoir si, dans le premier cas, les animaux n'étaient pas prédisposés au rachitisme ou si les lésions osseuses observées ne sont pas les mêmes que celles résultant de la privation de sels calcaires, et qui ne sont caractéristiques ni du rachitisme ni de l'ostéomalacie. (*Assoc. française*, 1874.)

Lait de chienne. Une observation intéressante, sinon absolument nouvelle, a été faite par M. le docteur Bernard. A Montbrun-les-Buis (Drôme), il y a une dégénérescence remarquable de la race canine due à ce que les nourrices entretiennent fréquemment la sécrétion de leur lait par la succion des petits chiens. Ces animaux portent bientôt l'empreinte d'un rachitisme prononcé. Rendus rachitiques par le lait de femme, ils guérissent rapidement dès qu'on leur rend le lait de leur mère.

Un enfant de vingt-six mois, profondément rachitique, après avoir inutilement pris les médicaments usités, fut

soumis à l'usage du lait d'une belle et grande chienne courante de quatre ans, en donnant de 80 à 110 centilitres par jour.

Dès le milieu du deuxième mois, une amélioration notable s'est manifestée dans l'état des os et les mouvements musculaires de l'enfant. Il commençait à marcher dès le troisième mois, et, au centième jour, les courbures osseuses étaient en partie redressées, et l'enfant marchait sans le secours d'une main étrangère.

Ces effets différents s'expliquent par les différences de composition des deux laits, et la force plus considérable du lait de chienne qui est beaucoup plus nutritif. (*Congr. méd. de Marseille* et *Acad. de médecine*, février.)

Déformités des membres inférieurs. Dans quatre cas de courbure des jambes, deux en dehors, un en dehors et en avant, et un presque directement en avant, M. Howard-Marsh, chirurgien assistant à l'hôpital des Enfants malades, n'a pas craint de pratiquer l'opération suivante. Dans les trois premiers cas, il fit pénétrer un ténotome derrière le tibia, à l'endroit où la concavité de la courbure était le plus prononcée et divisa le périoste transversalement. Une scie étroite fut immédiatement introduite et sectionna l'os en partie; alors, en appuyant brusquement et avec force, on acheva de rompre l'os transversalement ; le péroné fut tordu ou se brisa, et, dans l'une de ces opérations, le tendon d'Achille fut coupé.

Dans les deux premiers cas, les jambes sont actuellement dans une direction rectiligne ; dans le troisième, la guérison fut retardée par une scarlatine ; la difformité, quoique bien diminuée, n'est pas entièrement corrigée.

L'opération ne fut suivie de symptômes graves que chez l'enfant atteint de scarlatine, et qui ne se rétablit entièrement que vers la sixième semaine ; la convalescence fut complète au bout d'un mois.

Dans le quatrième cas, présentant une difformité si grande qu'il était impossible à l'enfant de faire plusieurs pas successifs, un coin du tibia fut enlevé à l'aide de la scie à chaîne, le tendon d'Achille coupé et le péroné rompu sur l'une des jambes, et sectionné sur l'autre à l'aide d'une pince à résection. Ces opérations, faites l'une le 8 avril, les autres le

4 octobre 1871, n'ont été suivies d'aucun accident; mais de petites rondelles d'os nécrosé finirent par se détacher à la longue des extrémités sectionnées du tibia. Pour l'une des jambes, la consolidation fut obtenue en trois mois; pour l'autre, où il y eut un retard occasionné par l'élimination de portions osseuses nécrosées, il fallut attendre six mois. Les jambes sont actuellement droites et les enfants marchent sans difficulté.

Les photographies et les moules des jambes avant l'opération, ainsi que les petits malades, ont été soumis à la *Société médico-chirurgicale de Londres*, le 10 février. (*Lancet*, 21 février.)

RAGE. *Incubation prolongée.* Un médecin-pharmacien de quarante-huit ans entra le 18 juin à la maison de santé, service de M. Féréol, avec toutes les apparences de la rage à son début. Dès le lendemain, les symptômes s'accentuent et se confirment : sputation, spasmes respiratoires, salivation exagérée, horreur de l'eau et des objets brillants, etc. La mort survient le troisième jour, et l'autopsie ne constate aucune lésion infirmant le diagnostic de la rage.

Cet homme avait été mordu deux ans et demi auparavant par une petite chienne enragée qui était devenue sa familière. L'autopsie de l'animal, faite par un vétérinaire, avait démontré l'existence de la maladie, et son petit chien qu'elle léchait est mort trois semaines après, avec tous les symptômes de la rage. Toutefois, deux autres personnes, mordues par cette chienne, n'ont éprouvé aucun accident.

M. Féréol conclut donc à la rage après une incubation de deux ans et demi, mais, en raison même de ce fait insolite, il plaide les circonstances qui peuvent l'infirmer en montrant que ce n'est là ni le *delirium tremens*, effet de l'alcoolisme, ni une forme d'hydrophobie nerveuse. Cependant M. Larrey, qui avait eu de nombreuses relations avec le prétendu enragé, avant sa morsure, l'avait trouvé d'un caractère naturellement fort exalté, portant tout à l'excès; très-bon, très-généreux, très-dévoué, mais toujours dans une sorte d'excitation qui l'avait frappé. Or cet état mental n'a-t-il pu jouer, dans l'accident ultime, un rôle important qui peut atténuer le diagnostic d'hydrophobie rabique? (*Acad. de méd.*, juillet.)

Préservation. Chaque année, on prétend avoir découvert un antidote de cette épouvantable maladie sans que le véritable soit encore trouvé. A ce défaut, voici deux préservatifs qui manquent moins d'originalité que d'application.

Le premier est la castration générale des chiens. Sous prétexte que la rage se développe spontanément chez ces animaux, par défaut de la satisfaction des appétits vénériens, et qu'ainsi elle s'étend et se propage par morsure, on a proposé ce moyen radical. Il n'atteindrait même pas le but de son auteur, car, suivant le docteur Allevin, il suffit d'enlever tous les petits d'une chienne, comme d'une chatte, ayant mis récemment bas, pour voir se développer la rage. Trois cas sont rapportés à l'appui, et des personnes mordues par ces animaux sont mortes hydrophobes.

Pour qui connaît les troubles cérébraux, le délire furieux parfois que présentent certaines femmes, nouvellement accouchées, par la suppression des lochies ou l'intensité de la fièvre de lait par défaut d'allaitement, il est tout simple que des phénomènes semblables se produisent chez les animaux et qu'ils simulent la rage et la développent même chez la chienne et la chatte à cause de leur irritabilité féline. Il y a des études expérimentales très-intéressantes à faire sur ce sujet de physiologie pathologique.

Le second préservatif est encore plus général : c'est l'émoussement des dents de toute la gent canine afin de leur donner la forme de celles des herbivores. M. Bourrel, vétérinaire, qui s'est fait le propagateur de cette idée, a livré sa main gantée à trois chiens enragés dont les dents avaient été ainsi émoussées sans qu'elles aient pénétré. Six autres chiens, livrés à ces enragés qui les ont mordu avec fureur, n'ont pas même eu la peau entamée. Ce moyen est donc bon et efficace, mais son application rencontrerait des résistances presque invincibles. (*Santé publique*, n° 52.)

Un autre antidote est vanté par le docteur Jitzky ; c'est la morsure de la vipère. Un chien dont le museau et le cou étaient couverts des cicatrices de ces morsures, ayant été mordu à son tour par un chien enragé, ne le devint pas, quoique d'autres animaux, mordus dans les mêmes circonstances, soient morts d'hydrophobie. Le même fait se serait répété sur une femme. Il se demande donc s'il n'y a pas antagonisme entre les deux virus et si en inoculant le

premier aux jeunes chiens, on ne les préserverait pas de la rage. Mais c'est encore là un moyen dont l'application est difficile et même dangereuse, au point de savoir si le remède n'est pas égal au mal.

Injections veineuses de chloral. Employées par M. le docteur Bucquoy à l'hopital Cochin, chez un homme de trente-un ans, mordu à l'indicateur six semaines auparavant. Après de l'insomnie, de l'anorexie et de la céphalalgie, il est pris d'un violent spasme du larynx lorsqu'on lui présente à boire. Le miroitement des rayons d'une petite glace produisent le même effet. 130 grammes d'une solution contenant 10 grammes d'hydrate de chloral pour 100 d'eau distillée fut injectée dans la veine céphalique des deux bras. A la période d'excitation succéda l'assoupissement au bout d'une heure et demie, l'injection fut cessée. La température ne changea pas. Après deux heures de sommeil, le malade se réveilla calme et put boire, à deux reprises, un verre de liquide sans aucun phénomène d'hydrophobie, avec la précaution de lui administrer dans un tube en caoutchouc.

Le lendemain à la visite, le malade était calme et parfaitement conscient de son état. L'urine, de sanguinolente la veille au cathétérisme, fut trouvée claire et limpide. On renouvela donc l'injection dans la saphène gauche de 200 grammes de la solution.

Un sommeil profond succéda bientôt, avec la face cyanosée. Une nouvelle attaque d'orthopnée survint, deux heures après, et emporta le patient malgré la faradisation. La température anale marquait seulement 32 degrés.

L'autopsie montra, après quarante-huit heures, une congestion générale des viscères, mais sans thrombose ni embolie des veines examinées très-soigneusement dans tout leur trajet. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Si ce n'est pas là un remède curatif hélas ! ce pourra être, du moins un moyen d'adoucir les souffrances si épouvantables des malheureux enragés dans leur agonie. Les lavements de chloral, administrés par M. Féréol, ont aussi amené une sédation, un assoupissement prolongé. Les inhalations de chloroforme réussissent également, mais plusieurs hydrophobes ne peuvent les supporter.

RATE. La tuméfaction aigüe de cet organe ne se produirait plus seulement, comme on le croyait, dans la fièvre intermittente, le typhus et la septicémie ; mais dans toutes les maladies infectieuses dont elle serait le signe le plus certain, suivant M. Friedreich. Il l'a observée ainsi comme symptôme initiateur de la fièvre typhoïde, précédant l'apparition de la fièvre et tous les autres phénomènes morbides. Elle persiste aussi la dernière dans tous les cas graves et jusque dans la convalescence. La rechute est à craindre, tant qu'elle existe ; sa disparition est le meilleur signe de guérison.

Elle s'observe aussi très-nettement dans la majorité des cas d'angine diphthéritique et paraît même avant l'affection locale, pour disparaître avec la fièvre et l'angine.

Dès la période prodromique de la variole, des scarlatines et des rougeoles les plus régulières, une augmentation notable s'observe également dans la majorité des cas.

De même dans l'érysipèle comme la meilleure preuve que c'est là une affection générale et infectieuse.

Dans les grippes graves, certaines formes de coryza fébriles, d'angines pharyngée et tonsillaire, l'hypertrophie splénique existe aussi comme un signe d'infection.

Certaines pneumonies anomales persistantes, graves, parfois doubles, avec un caractère typhique, sont toujours accompagnées de ce même symptôme, dès le début du mal. Il disparaît avec la fièvre, mais peut ainsi servir de signe au diagnostic différentiel.

L'auteur attribue cet engorgement à ce que la substance infectieuse du sang en passant dans la circulation splénique exerce sur la rate une irritation particulière. Mais ces observations ont besoin d'être confirmées. (*Sammlung klin. Vortræge*, n° 75.)

Bromure de potassium. Instruit par l'emploi de ce sel contre des accidents nerveux chez un habitant de la Mitidjà, atteint d'une hypertrophie énorme de la rate, et qui, dans l'espace de dix jours, était diminuée de moitié, M. le docteur Bernard, médecin de colonisation, l'employa ensuite exclusivement contre cette hypertrophie qu'elle succède ou non à la fièvre intermittente.

Employé dans 38 cas, il a toujours donné les plus heureux résultats. A la dose d'un gramme par jour, dans une

infusion de tilleul ou d'oranger, durant quinze à vingt jours de suite, le bromure résout complétement l'intumescence de la rate. En voici un des exemples les plus récents:

Un Arabe, d'origine turque, position de fortune très-convenable, avait le ventre énorme, résistant, très-douloureux dans l'hypochondre gauche, une anémie des plus prononcées et tout cela depuis six ans. Après un mois de traitement par le bromure de potassium, il a pu reprendre ses occupations; six mois se sont écoulés, l'hypochondre gauche a conservé son aspect et son état normaux; il n'est survenu aucune récidive. Aucun des nombreux traitements antérieurs n'avait donné ce résultat, bien qu'ils eussent procuré un soulagement momentané. (*Bull. de thér.*, 15 septembre.)

Déplacement. Un cas curieux de déplacement ou plutôt de luxation, comme l'appelle M. le docteur Pirotais, a été observé par lui sur une femme de trente-cinq ans après une chute de voiture sur un tas de pierres. La blessée ressentit en se relevant une douleur très-vive à l'hypochondre gauche, suivie de nausées et l'impossibilité de se redresser. Un médecin constata immédiatement une tumeur qu'il essaya de résoudre avec les sangsues et l'onguent mercuriel, mais en vain. La tumeur, les vomissements et les douleurs persistèrent avec une désespérante opiniâtreté.

Six semaines après, on trouvait dans la région iliaque une tumeur longue de 15 centimètres, large de 9, placée verticalement, très-mobile et facile à circonscrire. Pouls à 80, température normale.

Reconnaissant la rate à sa forme, M. Pirotais la refoule dans son hypochondre où elle est maintenue avec une serviette, puis avec une ceinture hypogastrique. Aussitôt cette réduction opérée, la malade se trouve mieux et ne sent plus sa douleur à la grande courbure de l'estomac, ni les envies incessantes de vomir. Elle avale un grand verre de malaga avec avidité, du café et des viandes grillées les jours suivants et sort enfin de son lit qu'elle n'avait pu quitter depuis son accident. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 84.) — Voy. HYDATIDES.

Splénotomie accidentelle suivie de guérison. L'obscurité de la physiologie de la rate a fait admettre tour à tour l'extrême importance de cet organe et son inutilité. Voici une observation authentique qui tend à montrer qu'il est même plus

nuisible qu'utile, car l'opéré s'est mieux porté après qu'avant sa résection.

C'est un garçon de dix-huit ans, journalier dans la ferme de Beïcos, appartenant à Mahmoud-Pacha. Dans une rixe avec ses camarades, il est blessé à l'hypochondre gauche par un instrument tranchant. La hernie de la rate s'ensuit aussitôt. Effrayé à la vue de ce corps bleuâtre suspendu à son flanc gauche, il *courut* directement à la police pour faire arrêter son agresseur. C'était à Beïcos, à une heure de distance de la ferme, où il arriva épuisé, après avoir fait le chemin à pied. Transporté à l'hôpital, il y resta quatre jours sans que la réduction de cet organe ait pu être faite. Il est alors expédié à l'hôpital de Yéni-Bakbjé, service du docteur Élias. A son entrée, le 24 juillet 1873, la rate faisait encore une grande saillie sur les espaces intercostaux, avec étranglement intense par l'inflammation adhésive. Pouls fréquent et petit de 112 à 120 pulsations, peau chaude, tant soit peu intense, pas d'appétit, langue pâteuse, céphalalgie. Pas de douleurs abdominales, sinon à la palpation, dans le voisinage de la plaie, dont l'étendue est de un pouce et demi de longueur sur trois quarts de pouce de large.

La putréfaction commençante contre-indiquait toute tentative de débridement et de réduction, d'autant moins que l'index, introduit dans la plaie, percevait nettement les pulsations artérielles du hile. Une ligature fut simplement jetée sur les parties herniées, au niveau du thorax, avec applications désinfectantes. Trois jours après, la décomposition avancée des parties herniées faisant craindre une résorption purulente, elles furent retranchées par un coup de bistouri ménageant les gros vaisseaux. Une partie resta au fond de la plaie, qui se détacha en eschare le lendemain et montra une surface bourgeonnante d'un aspect très-satisfaisant. La suppuration s'ensuivit pendant vingt à vingt-cinq jours, et la plaie diminuant graduellement, se cicatrisa complétement. La cicatrice mesurait 4 à 5 centimètres de long sur 15 millimètres de large.

La rate, reséquée, fut mise dans l'alcool, où elle a conservé sa forme et son volume presque normaux.

Cet opéré, tenu quelque temps en observation à l'hôpital, a acquis plus d'embonpoint. De pâle et chétif avant l'accident, il est devenu rouge et robuste. De 51 *ocques*, son

poids s'est élevé à 55. Sa musculature s'est développée. Pouls normal, sans céphalalgie. Il n'y a plus de matité sur la ligne axillaire gauche, du haut en bas. Le foie est plus volumineux et semble engorgé. Néanmoins, toutes les fonctions sont très-régulières, surtout du côté de l'appareil digestif. En général, la santé est meilleure depuis l'événement. Que cela tienne au repos forcé de l'individu ou à toute autre cause, toujours est-il que l'absence de la rate ne nuit pas à l'accomplissement régulier de toutes les fonctions. (*Gaz. méd. d'Orient*, janvier.)

RECTUM. *Excision du coccyx.* Dans trois extirpations du rectum faites par Kocher suivant le procédé ordinaire, chez des malades atteints de carcinomes, il y avait eu phlegmon et septicémie qui entraînèrent la mort. Afin d'obtenir un écoulement libre des matières et du pus, ce chirurgien pratiqua préalablement la résection du coccyx de Verneuil. L'excision de l'intestin est ainsi facilitée ; il devient aisé d'explorer le rectum en divers sens, on se rend mieux compte de son état et de l'étendue de la lésion ; les vaisseaux sont liés plus facilement et l'écoulement des liquides se fait régulièrement. Ce sont là des avantages réels qui expliquent le succès obtenu. (*Centralb. für chir.*, n° 10.)

Dilatation manuelle. Contre une obstruction intestinale s'étant produite chez un paraplégique de soixante-seize ans, avec incontinence des urines et des matières fécales, les purgatifs restant inefficaces et les vomissements verdâtres persistant avec pneumatose excessive, dyspnée, sueurs froides, cyanose, M. le docteur Hue se décida à recourir à l'exploration abdominale pour tenter de lever l'obstacle, selon le procédé indiqué par Simon (de Berlin). Le malade, placé dans le décubitus latéral gauche, la cuisse gauche étendue et la droite fléchie sur le ventre, la main gauche pénétra sans difficulté et franchit le sphincter. Arrivée dans la concavité du sacrum, les doigts, à la hauteur de l'angle sacro-vertébral, s'insinuèrent à gauche dans la portion supérieure du rectum, et une canule vaginale étant introduite, la main en dirigea la pointe dans l'S iliaque, où elle pénétra de 5 centimètres environ. Une injection de deux litres poussée à cette hauteur ne produisit néanmoins au-

cun résultat; mais, en renouvelant la même opération une demi-heure après, et en poussant la canule vaginale de 5 centimètres plus haut, après lui avoir imprimé quelques mouvements de latéralité, une véritable débâcle arriva. Le malade fut soulagé immédiatement et recouvra ainsi son état de santé habituel. (*Gaz. hebd.*, n° 30.)

Ce procédé d'investigation manuelle par le rectum est donc possible, mais les circonstances de ce fait particulier ne sont-elles pas exceptionnelles?

Un second exemple en est donné par le docteur Leale. Une femme ayant tenté de s'empoisonner avec le chloroforme, il trouva le sphincter anal tellement relâché en prenant la température rectale, qu'il eut l'idée d'aller irriter directement le plexus solaire pour stimuler la respiration. Il put ainsi introduire la main à la profondeur de 16 pouces avec moins de difficultés qu'il y en a à pénétrer dans l'utérus après l'accouchement.

La double courbure de l'S iliaque fut le seul point difficile à franchir. Arrivée dans le côlon descendant, la main, dont les doigts pouvaient être sentis et comptés à travers la paroi abdominale, à la hauteur de 4 pouces au-dessus de l'ombilic, put explorer facilement tous les viscères. Un fibroïde interstitiel, de la grosseur d'une noix, fut constaté dans l'utérus.

Cette exploration rendit la respiration plus active, la malade reprit promptement connaissance sans aucune suite fâcheuse. (*New-York med. Journ.*, février.)

REIN. M. Kelsch, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a constaté, par ses recherches histologiques, que les lésions de cet organe chez les cholériques consistaient dans une réplétion colossale des veines intertubulaires, surtout de celles qui rampent entre les tubes droits, et la présence de nombreux globules blancs. La dégénérescence granulo-graisseuse et la désagrégation de l'épithélium atteigne leur maximum dans la substance corticale plutôt que dans la substance médullaire. D'où il conclut que ces lésions ne résultent ni d'une inflammation catarrhale comme le voulait Virchow, ni d'une action locale du poison cholérique, ni de la déperdition du liquide, comme d'autres l'ont prétendu, mais tout simplement de la stase veineuse. La ligature de l'artère

rénale produit, en effet, les mêmes altérations épithéliales. (*Progrès méd.*, nos 33 et 34.)

Collections purulentes comme cause de cystite.—Voy. Cystite.

Congestion et apoplexie.—Voy. Albuminurie.

RÉSECTIONS. Dans une résection sous-périostée de la clavicule, suite de nécrose, M. Duplay l'ayant énucléée du périoste jusqu'à l'extrémité interne, elle se rompit alors et, malgré une reproduction osseuse, l'os nouveau se caria à son tour.

Tandis que, pour l'auteur, c'est l'exemple de la carie d'un os nouveau, pour MM. Després et Trélat il était resté une portion d'os carié qui a entraîné par continuité la carie du nouvel os. Il s'agissait d'ailleurs d'un garçon de dix-neuf ans, entaché de scrofule. Il y a donc lieu d'étudier si, à la suite des résections sous-périostées, l'os nouveau peut se carier, et dans quelles conditions, quand toute la carie ancienne a été enlevée. (*Soc. de chir.*, février.)

Résection du coude. M. Folet (de Lille) l'a pratiquée sur un plombier de trente et un ans atteint de tumeur blanche. Malgré un érysipèle intercurrent, tout promettait un succès par ankylose, et l'opéré sortait de la clinique deux mois après l'opération, avec une santé générale très-satisfaisante. Mais vingt-cinq jours après, il rentrait avec une pneumonie qui amena rapidement la mort et permit ainsi de vérifier le foyer de la résection.

La plaie était presque complétement cicatrisée et les extrémités osseuses étaient à 3 centimètres environ l'une de l'autre. Un tissu fibreux réunissait entre elles les extrémités radiale et cubitale et empêchait les mouvements de pronation et de supination. Les surfaces de résection envoient des saillies, des jetées osseuses s'avançant les unes vers les autres et réunies par un ligament cellulo-fibreux cylindroïde déjà fort dense et semé de dépôts calcaires. Tel est le type normal de la formation des ankyloses, presque toujours fibreuses dans ce cas.

Pour M. Folet comme pour MM. Castiaux et Parise, l'ankylose est le résultat le plus désirable de cette résection.

Les fausses articulations que les chirurgiens anglais et allemands cherchent encore n'ont, en général, aucun résultat utile; l'avant-bras reste inerte et l'opéré perd une grande partie des bénéfices de l'opération. Les restaurations articulaires obtenues par M. Ollier, après résection sous-périostée, ne seront jamais qu'une exception. (*Bull. méd. du Nord*, mars.)

Résection du poignet. De l'examen comparatif de 70 faits connus de cette opération, M. le docteur Folet (de Lille) constate qu'elle donne seulement une mortalité de 15,6 pour 100, tandis que celle de l'amputation de l'avant-bras est de 39,2. La résection est donc bien préférable, car elle donne en outre un résultat consécutif bien plus satisfaisant.

Un cas de ce genre pour une carie scrofuleuse avec extirpation de deux os cariés de la première rangée du carpe, lui a fourni un succès remarquable.

Selon M. Ollier, les résultats sont différents suivant qu'il y a traumatisme ou non. C'est toujours une bonne opération dans les cas traumatiques. Il l'a pratiquée dans deux cas de ce genre, et, dans l'un, l'opéré a guéri avec conservation très-satisfaisante des mouvements articulaires. L'autre est mort d'infection purulente. Elle ne convient, au contraire, quand il n'y a pas traumatisme, que quand l'arthrite a débuté par les os longs, car alors, en réséquant ceux-ci, on peut enlever les os atteints de la première rangée du carpe. C'est le contraire contre les ostéo-arthrites médio-carpiennes, c'est-à-dire quand l'inflammation débute par le centre du carpe et gagne de là les surfaces épiphysaires des os de l'avant-bras. La résection est alors insuffisante et fatale. C'est donc à distinguer les cas et à la pratiquer conformément à ces préceptes qu'est tout l'avenir de cette opération. (*Assoc. française*, 1874.)

Un succès remarquable dû à M. le docteur Rouge a été soumis à la *Société vaudoise de médecine*. C'est une jeune fille de vingt et un ans qui, entrée à l'hôpital de Lausanne le 3 février, présentait un gonflement avec plusieurs fistules du poignet droit dont elle souffrait depuis deux ans. Le radius et l'os du carpe étaient surtout douloureux. Des pointes de feu et l'immobilisation dans un silicate n'empê-

chent pas les douleurs aiguës. Maigreur, état général peu satisfaisant. L'ignipuncture de l'extrémité du radius est pratiquée sans succès. Bronchite suspecte avec élévation de température le soir. L'appareil silicaté est enlevé le 4 mars. Ouverture d'un abcès sur le côté cubital du poignet. L'affection locale et l'état général devenant de plus en plus mauvais, la résection est pratiquée le 27 mars, par le procédé de Lister, et sans perte de sang, grâce à l'appareil d'Esmarch.

Incision entre le cubital antérieur et le cubital postérieur; section du cubitus à 5 centimètres de son extrémité, puis incision radiale en dedans du long extenseur du pouce aboutissant à la tête du second métacarpien. Après le détachement et l'éloignement des tendons de ce côté, l'ouverture de l'articulation radio-carpienne est faite. Section du radius avec la scie, un peu au-dessous de la surface de section du cubitus, de manière à ce qu'il reste plus long, afin de prévenir le renversement de la main en dehors. Extraction consécutive du scaphoïde, du semi-lunaire, du pyramidal, du pisiforme et du trapèze; les trois autres os du carpe sont goujés et il n'en reste qu'une coque mince et flexible. Ligature de trois artérioles avec le catgut. Lavages de la plaie avec une solution de chlorure de zinc à 6 pour 100. Suture des plaies, pansement au coton, attelle plâtrée inférieure. L'écartement entre le métacarpien et les os de l'avant-bras est de 10 centimètres. Pansements rares.

L'état général s'améliora promptement, malgré la toux et la diarrhée, les douleurs disparurent et l'opérée guérit parfaitement. Elle se sert de sa main pour tricoter et porter ses aliments à la bouche. Elle gagne graduellement en souplesse et en dextérité. Le poignet jouit d'une certaine mobilité. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, août.)

Résection du tarse et du métatarse. Dans un cas de lésions évidemment limitées à la base du métatarse, et en avant à l'astragale et au calcanéum en arrière, le docteur H. Watson, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Édimbourg, n'ayant pu en obtenir la guérison par les moyens médicaux, tenta la résection du scaphoïde, du cuboïde et des cunéiformes avec la base des métatarsiens, quoique l'expérience

faite sur le cadavre donnât peu d'espoir que la consolidation des parties restantes pût fournir un moyen de sustentation solide.

Deux incisions de 3 à 4 pouces de long sur les côtés du pied, et s'étendant en dehors, du centre du bord plantaire du calcanéum jusqu'au milieu du cinquième métatarsien, et en dedans du col de l'astragale au milieu du premier métatarsien, furent pratiquées, et les parties molles, soigneusement disséquées en dessus et en dessous, permirent la désarticulation dans la ligne de l'opération de Chopart. Une scie à chaîne et des pinces suffirent ensuite à la résection des os malades. Le vide ainsi fait fut rempli de charpie et renouvelée pendant six semaines. Puis les pansements externes suffirent, avec des attelles en gutta-percha, et plus tard un véritable moule protégeant la face dorsale du pied.

Six mois après, l'opéré marchait assez bien, et, depuis quatre ans que cette opération est faite, il marche presque sans défaut.

La même opération a été répétée dans cinq autres cas, et, dans quatre, le succès a été le même. Dans un seul, le pansement de la plaie interne n'ayant pas été fait convenablement, les incisions externes se fermèrent avec un creux à l'intérieur, et il fallut recourir à l'amputation malléolaire. Ce sont donc cinq succès, sur six cas de cette nouvelle opération, qui permettent de conserver le pied dans les affections étendues du tarse. (*Edinb. monthly Journal*, mai.)

Dans un autre fait tout récent, il ne craignit pas de faire la résection de tous les os du tarse, moins le calcanéum, ainsi que de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. Cette pratique, conforme aux principes énoncés ci-dessus par M. Ollier, en montre la justesse. L'âge des opérés fait pourtant défaut. (*Gaz. hebd.*, n° 24.)

M. le professeur Michel a employé le premier cette résection tarso-métatarsienne, comme en témoigne une thèse soutenue à la Faculté de Strasbourg par M. le docteur Moussu, dès 1863. Elle est entrée depuis dans l'enseignement clinique, dont il est chargé. (*Idem*, n° 29.)

RÉTINITE SYPHILITIQUE. Étiologie. M. le docteur Jacob la considère comme la conséquence d'un défaut de traitement spécifique ou d'un traitement trop tardif. Il l'a

constatée ainsi *ophthalmoscopiquement* chez un militaire qui n'avait subi aucun traitement mercuriel de mai 1872 à janvier 1873, qu'il avait été atteint d'accidents primitifs. Quatre mois après, ces accidents avaient disparu, mais pour faire place à un psoriasis palmaire, et bientôt à un trouble de la vue qui lui faisait voir comme à travers un brouillard. Des éclairs passaient comme de la poussière soulevée. Sensibilité à la lumière, larmoiement sans douleurs préorbitaires.

A l'examen, la cornée est parfaitement transparente, la papille est cachée derrière un voile qui masque incomplétement les vaisseaux rétiniens. Pas d'hémorrhagie, ni d'exsudation. Rien au niveau de la macula. Une poussière excessivement fine monte ou descend, selon les mouvements de l'œil, dans l'humeur vitrée.

Le trouble de la vue n'a fait qu'augmenter, malgré le traitement, et celle-ci était presque entièrement perdue un an après.

Simulation. Elle semble bien difficile, grâce à l'ophthalmoscope qui sert à la découvrir. Un camarade du précédent, atteint comme lui de syphilis, et initié par lui aux symptômes de rétinite qu'il avait éprouvés, simula, au retour d'un congé de convalescence, un trouble de la vue, quant aux couleurs et aux personnes, aux objets et la vue du sable dans l'air.

L'examen ophthalmoscopique montra la papille légèrement voilée et déformée transversalement. Le pigment choroïdien, comme chez les blonds, était assez visible par places, et simulait des dépôts hémorrhagiques.

Cet examen superficiel, comme on le pratique aux conseils de recrutement, aurait donc pu faire admettre la réalité de la rétinite; mais en variant l'incidence de la lumière, la papille changeait aussitôt de forme. D'elliptique, elle devenait circulaire, et même allongée verticalement. Il y avait deux légères opacités sur la cornée, et les taches noirâtres appartenaient au réticulum choroïdien. C'est donc là un exemple qui doit mettre en garde contre cette simulation. (*Rec. d'ophthalmologie*, juillet.)

RÉTRÉCISSEMENTS. Rétrécissement de l'œsophage. *Gastrotomie*. Nouveau cas exécuté, le 24 avril, par le professeur Jacobi (de New-York), sur une femme de cin-

quante-deux ans, morte de septicémie le neuvième jour après l'opération. C'est donc un nouvel insuccès à ajouter aux quatorze autres exemples de cette nature, et que l'auteur rappelle dans son observation. (*New-York med. Journ.*, août et septembre.)

Rétrécissements de l'urèthre. Ils peuvent exister, suivant le docteur Otis, sans aucune difficulté d'uriner. La goutte militaire en est au contraire un signe certain et constant. Ainsi, conclut-il dans un mémoire lu à l'*Association de la Presse médicale de New-York*, ce signe est donc l'indication de dilater le canal ; c'est là une symptomatologie nouvelle, mais qui ne repose pas sur une série d'observations concluantes.

Massage intra-uréthral. M. Bardinet donne ce nom au mouvement de va-et-vient, et même de rotation sur son axe, imprimé à la bougie ou à la sonde engagées dans le rétrécissement. Au lieu de les laisser dans leur immobilité traditionnelle, il les transforme en instruments actifs par les mouvements qu'il leur imprime jusqu'à 10, 20 et 30, en leur donnant graduellement une plus grande amplitude jusqu'à 8 ou 10 centimètres. Fortement serrées d'abord dans le rétrécissement, elles deviennent bientôt libres, et se meuvent avec une étonnante facilité, en s'attaquant directement à l'élasticité du tissu fibreux.

Ce résultat obtenu, on retire la première bougie pour en engager une seconde plus grosse, et puis une troisième et une quatrième après leur avoir fait subir le même manége. En un très-court espace de temps, M. Bardinet dit avoir obtenu un important effet de dilatation, mais sans donner aucun fait à l'appui.

Ce mécanisme n'est ni difficile ni douloureux, quand il est pratiqué par une main douce et prudente. S'il y a parfois douleur quand la coarctation est vive, elle diminue au lieu d'augmenter, dès que les mouvements de va-et-vient ont commencé, car l'instrument n'agit que par pression et comme un agent purement mécanique, comme un massage méthodique. La seule gêne que l'on éprouve, c'est au méat.

Les bougies ordinaires, à volume croissant, suffisent le plus souvent ; jamais elles ne s'accrochent ni ne s'arc-

boutent. La partie extérieure ou le manche glisse moins facilement dans le méat et plie parfois ; il suffit de placer un mandrin rigide jusqu'à la demi-longueur pour remédier à cet inconvénient. (*Union méd.*, n° 100.)

Canule conductrice. Afin d'effacer les plis, les lacunes, les orifices des glandes de Cooper, les brides, les sinus de la muqueuse, notamment dans l'entonnoir du rétrécissement, et rendre ainsi son orifice plus tendu et perceptible, M. le docteur A. Romain introduit d'abord une sonde en argent, d'assez fort calibre, pour tendre la muqueuse ouverte aux deux extrémités, et munie d'une collerette circulaire de 2 centimètres 1/2 environ au pavillon pour y appuyer le pouce. Une sonde en gomme élastique pourrait la remplacer au besoin. Parvenue sur le rétrécissement, cette sonde-chemise sert à en introduire une autre petite, à bec mousse ou conique, flexible ou solide suivant les cas, qui, après quelques tâtonnements, arrive dans le point perméable et le franchit d'autant plus facilement que la principale cause des fausses routes est écartée par la tension de la muqueuse en avant de l'obstacle et le cul-de-sac circulaire qui le circonscrit.

L'auteur a obtenu quatre succès avec ce procédé, mais avec la précaution d'aspirer une certaine quantité d'huile avec la grosse sonde en la trempant dans ce liquide et en l'y retenant par l'obturation du pavillon avec le pouce. Le canal de l'urèthre se trouve ainsi abondamment lubréfié. (*Marseille méd.*, n° 7.)

Rétrécissement du bassin. *Les vices de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres antéro-postérieurs*, avec 100 planches représentant cent bassins de grandeur naturelle, tirés des divers musées gynécologiques de Paris, thèse inaugurale, par le docteur A. Pinard, interne des hôpitaux. Paris, 1874. Étude très-minutieuse des trois diamètres antéro-postérieurs faite d'après un nouveau procédé de pelvigraphie simple et ingénieux, propre à l'auteur, et qu'il décrit, donnant par des tracés graphiques la mesure exacte du bassin. Il a démontré ainsi que les causes principales de ces rétrécissements sont la hauteur de la symphyse, son épaisseur et sa direction. Les règles de la

pelvimétrie digitale sont mathématiquement exposées avec les réductions à faire, suivant les formes du rétrécissement, pour en avoir la mesure exacte.

L'étude des différents types de rétrécissement est faite ensuite avec la même rigueur, et fait de cette thèse un véritable mémoire à consulter.

Rétrécissement syphilitique du rectum. *Galvanocaustique.* — Voy. *ce mot.*

RHUMATISME. *Immobilisation des articulations malades.* Le docteur Oehme l'a tentée avec un bandage en plaçant les membres dans une extension complète, comme en assurant mieux le repos. Quarante-cinq cas de rhumatisme articulaire aigu traités par cette méthode, comparativement avec quarante-cinq autres traités par les divers moyens usités, lui ont donné des résultats en faveur de ce moyen local, en ce qu'il calme plus rapidement la douleur, éteint la fièvre et abrége la durée de la maladie. (*Archiv für Heilkunde.*)

Ces bandages inamovibles auraient même une valeur prophylactique et abortive, selon le docteur Scarpari, si on les applique sur toutes les articulations, malades ou non, dès le début des accidents. On empêche ainsi le développement des manifestations inflammatoires locales en diminuant ou arrêtant celles qui sont en voie de développement. En limitant ainsi le rhumatisme à un petit nombre d'articulations, la probabilité de l'invasion concomitante des séreuses du cœur et du poumon est diminuée d'autant. (*Rivista clin. di Bologna*, novembre.)

Cette immobilisation n'a rien de nouveau par le fait, sinon d'être érigée en méthode spéciale. Trousseau la réalisait par ses cataplasmes épais de mie de pain arrosés d'alcool camphré, dont il enveloppait l'articulation dans les arthrites rebelles, et qu'il laissait en place pendant huit jours. — Voy. ARTHRITE, 1864.

Injections d'acide phénique. Contrôlant les assertions de Hüter sur les propriétés antiphlogistiques de cet agent (voy. ACIDE PHÉNIQUE), le docteur Kunze l'a injecté dans quatre cas de rhumatisme multi-articulaire aigu. La maladie durait

depuis quinze jours dans le premier, avec pouls à 120. Une injection, pratiquée au côté externe du genou gauche très-douloureux, avec une solution au centième, suffit pour calmer la douleur et faire disparaître les autres accidents. Le même résultat eut lieu dans les trois autres. (*Deuts. Zeitschr.*)

Podophyllin. Le docteur Dyer, d'Ottawa (Illinois), a constaté depuis cinq ans environ que le *Podophyllum pellatum* diminue rapidement les douleurs. Il le donne à doses modérées, à intervalles de deux à quatre heures, en le combinant avec la poudre de Dower jusqu'à ce qu'il ait obtenu plusieurs fortes selles. Cette pratique est continuée jusqu'à notable soulagement des douleurs. Quelquefois deux ou trois selles suffisent; d'autres fois les douleurs ne s'apaisent qu'après huit ou dix selles; dans certains cas, le soulagement n'a lieu qu'au bout de trois jours. Quand les douleurs sont tombées, M. Dyer passe aux alcalins pour revenir au podophyllin si elles se raniment. Les autres purgatifs ont une action bien moins favorable sur le rhumatisme, ce qui prouverait que le podophyllin agit d'une manière spéciale dans cette maladie et non pas seulement à la manière d'un simple évacuant. (*American Journ. of med. sc.*, juillet.)

Rhumatisme cérébral. *Bains froids.* Un marchand de vins de trente-deux ans, très-vigoureux, est pris de douleurs articulaires aiguës, le 19 juillet, à la suite d'un refroidissement. Traité par la saignée, puis le sulfate de quinine, le malade semblait en convalescence dix jours après, sauf une température toujours élevée, lorsque éclate subitement une grande agitation avec délire violent, puis coma malgré l'emploi de dérivatifs énergiques et le bromure de potassium à haute dose.

Le 1er août, M. le docteur Raynaud, appelé en consultation, constate un coma absolu avec résolution complète des membres, sueur visqueuse, pupilles étroites et contractées, conjonctives insensibles. Aucun signe de sensibilité, selles involontaires, pouls à 120 assez plein, température 40°,5. L'aspect vultueux et le faciès congestionné firent pratiquer immédiatement une nouvelle saignée de 1200 grammes qui ramena aussitôt quelques mouvements automatiques. Des bains froids furent prescrits pour diminuer la tempéra-

ture. Le premier, à 16 degrés, d'une demi-heure, la fit tomber à 37°,8 et le pouls à 76. La connaissance semble renaître, et revient graduellement par l'usage continué des bains. Trois par jour, les 1er et 2 août, puis deux et un les jours suivants, la température reste à 37°,3 le soir. Le malade a faim, il demande à manger et la convalescence commence et se confirme par la guérison.

Il résulte de ce fait que les symptômes qui traduisaient rationnellement la forme *méningitique*, selon l'expression consacrée de Trousseau, c'est-à-dire l'inflammation des méninges, n'étaient que l'effet de la température, selon M. Raynaud et comme l'issue tend à le prouver, par l'usage des bains froids. Ils n'auraient pu avoir cet effet prompt et curatif s'il y eût eu rétrocession ou métastase sur l'encéphale. Il s'agit donc au moins de distinguer cette variété du rhumatisme cérébral pour lui opposer les bains froids. (*Journ. de thérapeutique*, novembre.)

Mais il nous semble que l'auteur ne tient pas assez compte de l'énorme soustraction sanguine qui a précédé les bains froids, et que, en bonne logique, il faut en tenir grand compte dans l'action ultérieure de ces bains.

Rhumatisme scapulaire atrophique. Affection différente du rhumatisme deltoïdien avec lequel elle a été confondue, suivant M. le docteur Sabourin. Elle est aussi essentiellement distincte de la scapulodynie des auteurs, car elle existe le plus souvent du côté droit et principalement chez l'homme. Ce n'est pas davantage une simple atrophie musculaire, car il y a gonflement et douleur. En voici le tableau symptomatique, d'après un assez grand nombre d'observations recueillies dans le service clinique du professeur Lasègue, à la Pitié.

Sous l'influence ou non du froid humide, un homme est pris de douleurs dans l'épaule droite, même chez les gauchers, ou bien, après en avoir éprouvé ailleurs, elles se localisent dans cette articulation. Elle n'est ni rouge ni tuméfiée, et le bras exécute tous les mouvements sans grande souffrance. Le frottement des surfaces articulaires n'en provoque pas, si les muscles restent immobiles; mais, dès que ceux-ci entrent en mouvement, les douleurs sont atroces, non dans la masse du deltoïde, mais au point

d'insertion des fibres musculaires, soit l'extrémité externe de la clavicule, l'acromion et l'épine de l'omoplate.

Un empâtement, parfois considérable, s'observe exceptionnellement derrière le deltoïde ; mais le signe le plus constant est la présence de points douloureux, localisés au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, en avant et en arrière de la tête de l'humérus et parfois vers l'attache du grand pectoral à la coulisse bicipitale.

A la disparition des douleurs, excepté celle du mouvement d'abduction qui persiste toujours, succède une sorte de fatigue avec élancements fugaces ou fourmillements, puis les muscles diminuent de volume et l'atrophie suit une marche progressive. Celle du deltoïde attire tout d'abord l'attention, mais on constate que les pectoraux sont atteints de même, ainsi que les sus- et sous-épineux, grand et petit ronds. Le biceps et le coraco-brachial sont aussi atteints. Les mouvements deviennent alors de plus en plus difficiles jusqu'à l'abolition complète, mais cette paralysie suit toujours l'atrophie et ne la précède jamais.

Une preuve de l'autonomie de cette affection, c'est qu'elle s'observe aussi au genou ; les muscles de la cuisse, le triceps en particulier, sont surtout atteints à cause de leur insertion pré-articulaire, tandis que ceux de la jambe restent intacts. Ces atrophies sont donc d'origine rhumatismale. (*Archiv. de méd.*, août.)

Rhumatisme pulmonaire. *Râle caractéristique.* Après les symptômes généraux et les antécédents que présentent en général les arthritiques, M. le docteur E. Collin diagnostique la congestion pulmonaire arthritique par la constatation d'un râle sous-crépitant spécial, qui s'entend exclusivement sur les parties latérales du thorax et dans le tiers-moyen et inférieur seulement de la hauteur mesurée du creux axillaire. Il a lieu seulement, pendant l'inspiration, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et parfois des deux côtés simultanément. Il change de siége du jour au lendemain. Il n'est, en général, ni humide ni visqueux, mais à bulles égales, plutôt sèches qu'humides, et semble produit par le déplissement régulier et successif de vésicules rudes et sèches, l'humidité n'est que l'exception. Il ressemble, à s'y méprendre, au froissement pleurétique signalé par M. Peter.

Tous les malades, dont l'auteur rapporte quelques observations, ont guéri par les eaux sulfureuses de Saint-Honoré dont il est le médecin inspecteur.

Etude pour servir au diagnostic et au traitement de la congestion pulmonaire de nature arthritique, par le docteur E. Collin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré, brochure de 32 pages in-8°. Paris.

Rhumatisme noueux. *Bains chauds.* Après de nombreuses expérimentations de la méthode balnéaire, faites exclusivement au point de vue chimique : bains alcalins, arsenicaux, mercuriels, etc., M. Lasègue s'est convaincu que la température joue un rôle prépondérant. Un bain de sublimé à 30 degrés ne ressemble en rien au même bain élevé à une température de 40 à 45 degrés. Ce sont deux médicaments. Malgré la difficulté de dégager les effets de ces deux agents combinés, ils sont résultés de l'emploi des bains simples, chauds, courts, dont la température est élevée graduellement, surchauffée de 40 à 45 degrés, substitués aux bains chimiques et par la comparaison de leurs résultats.

Les malades, exempts des complications qui en contre-indiquent l'emploi, en éprouvent un véritable bien-être local et général. La roideur articulaire s'atténue, les jointures sont moins empâtées, les mouvements moins pénibles. Après une cure prolongée de ces bains administrés tous les deux jours, pendant des mois, des malades, condamnés au lit et à l'oisiveté, ont pu reprendre quelques travaux manuels, se lever, marcher, descendre des escaliers.

Outre son emploi facile et économique, cette médication a l'avantage d'être indéfinie dans sa durée et de pouvoir être quittée et reprise, suivant les indications, sans que l'accoutumance en diminue les effets. S'ils ne réduisent ni ne résorbent les concrétions tophacées et ne sont pas curatifs, ils atténuent du moins notablement les accidents qui en résultent. Ils ne préviennent pas les rechutes, mais modèrent les crises actives pendant les fluxions douloureuses. Malheureusement il y a de grandes difficultés d'exécution. (*Arch. de méd.*, novembre.)

Rhumatisme tendineux. Il n'est pas spécial aux blen-

norrhagiques, comme les spécialistes l'ont enseigné ; il se manifeste également dans la diathèse rhumatismale. M. Peter en a recueilli plusieurs exemples. Un homme de trente-cinq ans est ainsi entré à l'hôpital Saint-Antoine, pâle, amaigri, cachectique, avec des douleurs assez vives au niveau des articulations du genou et des articulations tibio-tarsiennes. Il n'y a ni gonflement, ni rougeur. Les mouvements sont peu douloureux. Le toucher est surtout douloureux sur les côtés des articulations, à la tête du péroné, du tibia, derrière les malléoles. Pas de fièvre ni de symptômes généraux. Plusieurs atteintes antérieures de rhumatisme articulaire ont produit un bruit de souffle doux au premier temps et à la pointe du cœur.

C'est donc avec le doigt et non avec la main qu'il faut chercher la douleur dans ces cas où se trouvent les synoviales tendineuses et les bourses séreuses. Souvent la tuméfaction, l'empâtement manquent pour indiquer ces points ; un peu de gonflement avec coloration rosée est tout ce que l'on constate parfois.

Le pronostic est donc relativement bénin et le mal cède d'ordinaire à un traitement peu énergique. (*Union méd.*, n° 19.)

Essai sur le rhumatisme non blennorrhagique des synoviales tendineuses, thèse inaugurale, par le docteur Bouillereault ; Paris, 1874.

S

SALIVE. La sécrétion de la salive parotidienne serait indépendante de la déglutition comme on l'admettait, et dépendrait exclusivement, au contraire, de l'excitation du sens du goût. Cette proposition, émise par M. Prompt, résulte d'expériences faites par lui, sur des malades atteints de fistules du canal de Sténon, notamment une petite fille de douze ans, qui, tombant sur un vase de nuit, se fit une plaie à la joue gauche intéressant la parotide et divisant le canal de Sténon. Le cours de la salive a été rétabli dans la bouche en créant un canal artificiel dans la joue avec un trocart capillaire dilaté graduellement avec des mèches.

Il a pu observer ainsi expérimentalement que la salive se produisait lorsque l'enfant buvait ou mangeait ou en excitant simplement le goût en posant sur la langue du sel ou du vinaigre ou toute autre substance sapide. Sa quantité est proportionnée à la durée de cette impression du goût. La sécrétion est ainsi très-abondante en buvant un verre de vin à petites gorgées, tandis que l'on en obtient quelques gouttes seulement, si l'on boit le verre d'un seul trait. (*Acad. de méd.*, septembre.)

SANG. *Déformation des globules rouges.* Avec les progrès des études histologiques, et l'importance que l'on tend de plus en plus à leur accorder en pathologie, l'attention devait se porter principalement sur le sang, ce liquide nourricier si essentiel à la vie et à la santé. Les globules blancs et rouges ont été ainsi reconnus et distingués, puis leurs mouvements amiboïdes, caractérisés par des changements de forme instantanés, mobiles; enfin leurs déformations réelles, plus ou moins persistantes. L'état crénelé, mûriforme ou en piles des globules a été signalé, soit à l'état normal, soit à une température élevée du sang. Schultze et Hénocque ont ainsi observé et décrit la fragmentation des globules rouges dans le sang de la salamandre, en élevant la température du porte-objet à 35 degrés, et à 52 pour le sang humain. Rollet a aussi observé cette segmentation sur le sang soumis à l'action de l'électricité. (*Gaz. hebd.*, n° 50, 1873.)

On est allé plus loin. Les récentes recherches de MM. Manassein et Malassez leur ont montré que ces déformations globulaires s'observaient régulièrement dans certains états pathologiques. Tous les poisons hématiques produisent ainsi des altérations globulaires. De là à faire de ces lésions un signe anatomo-pathologique de ces maladies, il n'y avait qu'un pas et il a été franchi par ces jeunes observateurs. La diminution de ces éléments histologiques a été érigée comme la lésion anatomo-pathologique de la fièvre traumatique et septicémique. (Voy. *année* 1873.)

M. le docteur Rommelaère en constatant la déformation variée des globules rouges en bouteille à goulot, en poire, bonnet phrygien, cornue, calebasse, gourde, cornemuse, fuseaux, globules à demi étranglés à contours irréguliers ou

coupés, comme Klebs et d'autres observateurs allemands, Friedreich notamment, l'avaient déjà signalé dans des cas de leucémie, a interprété ainsi la cause de ces déformations. Il les attribue à la contractilité, c'est-à-dire aux mouvements amiboïdes des globules qui avaient été parfaitement différenciés jusqu'ici par tous les précédents observateurs. Et, comme ceux-ci deviennent surtout évidents sous l'influence de certains états morbides, l'observateur belge distingue ces lésions en deux ordres : celles qui sont passagères, éphémères et celles qui sont durables et persistantes jusqu'à la mort. Elles seraient aussi cause et effet des maladies hémorrhagiques.

Dans la première période, cette déformation des globules rouges produirait un déclin rapide et prononcé des forces organiques, leur sidération profonde expliquée par l'altération de l'hématose. Des hémorrhagies répétées y succéderaient dans une seconde période avec leurs conséquences ordinaires : infiltrations, dérangements des voies respiratoires et intestinales, etc., etc. La diathèse hémorrhagique serait ainsi sous la dépendance d'une altération anatomique des globules comme la leucémie ou leucocythose.

Dans le premier cas, il n'y a que des altérations de nutrition temporaires, inconnues dans leur essence, préjugées plutôt que démontrées par les symptômes, mais sans désordres notables. Dans le second, la plupart des éléments colorés du sang sont profondément atteints d'une manière durable. C'est ainsi que, sur deux malades observés à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, M. Rommelaëre a vu la déformation globulaire persister pendant quatre semaines chez le premier, et dix semaines chez le second. La mort s'en étant suivie dans les deux cas, sans que l'examen attentif des signes cliniques ni l'autopsie minutieuse des organes aient montré d'autres lésions que celle des globules, celle-ci a été considérée comme essentielle.

Ainsi s'expliquerait par les symptômes, la durée plus ou moins prolongée et variée de cette déformation globulaire qui, en donnant lieu primitivement à ces symptômes, en serait à son tour augmentée et modifiée. Les hémorrhagies répétées l'augmenteraient notablement. (*Acad de méd. de Belgique*, novembre 1873.)

Mais, on le voit, ce ne sont encore là que des hypothèses,

des à-peu-près, plutôt que des démonstrations scientifiques. Les mouvements amiboïdes et les déformations globulaires s'observant dans l'état normal, comment admettre, autrement que sur démonstration précise, que les premiers engendrent les secondes et produisent un état pathologique défini. Évidemment l'auteur belge a interprété plutôt que démontré en indiquant la voie à ses successeurs. — Voy. TRANSFUSION.

Globules blancs. Ils varient en quantité, suivant le jour où on les compte. M. Brouardel les a vus ainsi s'accumuler, dans la variole, jusqu'à la fièvre de suppuration. Il les a vus diminuer après l'amputation du sein, pour augmenter subitement ensuite avec le développement d'un abcès. Il semble aussi probable que, pendant les jours qui suivent une opération, le nombre des globules blancs augmente dans le sang dans une proportion telle, que le rapport du nombre des globules blancs à celui des globules rouges peut être d'un globule blanc pour huit rouges; mais, dès que la suppuration par la plaie commence à être établie, le nombre des globules blancs diminue considérablement. Si pendant la suppuration, le nombre des globules blancs s'élève de nouveau, on peut annoncer, comme pour la variole en dessiccation, qu'il va se former de nouveaux abcès. Il y a donc lieu d'étudier attentivement ce phénomène qui peut être fertile en résultats pratiques. (*Soc. de biol.*, février.)

Dans ses expériences sur les chiens relatives à l'innervation de la rate, dans le laboratoire du professeur Cyon (de Saint-Pétersbourg), le docteur von Tarchanoff a observé ainsi que la section des nerfs splanchniques détermine une véritable leucocythémie. La rate étant remise en place, si l'animal survit, les leucocytes qui étaient de 6 à 15 dans un espace donné avant l'opération s'élèvent de 40 à 70 du deuxième au quatrième jour de l'expérience. Cette leucocythémie se dissipe alors et a disparu en huit jours.

L'ouverture du ventre seul n'ayant amené aucun effet semblable, l'auteur l'attribue au gonflement de la rate survenant à la suite de ses sections nerveuses. (*Pflüger's Archiv für Physiol.*)

MM. Picard et Malassez ont aussi constaté, par des expériences sur le chien, une augmentation de la richesse globu-

laire du sang de la rate à la suite de la section des nerfs des vaisseaux qui s'y rendent, tandis qu'ils diminuent par l'excitation de ces mêmes nerfs. Seulement, ils ne disent pas de quels globules il s'agit. Mais comme la richesse en hémoglobine coïncide avec cette augmentation, on peut en inférer qu'il s'agit des globules rouges. Ce serait donc un résultat opposé. (*Acad. des sc.*, novembre.)

Fer. Les expériences de M. Picard sur les chiens, pour le dosage du fer contenu dans le sang, lui ont montré qu'il varie de 1 à 2, et que sa proportion avec l'oxygène est de 2 à 3. Examinant séparément les organes glandulaires, il a trouvé que la rate en contient le plus et le foie ensuite. (*Idem.*)

Coagulation. Il résulte des expériences de MM. Matthieu et Urbain que l'agent de la coagulation spontanée du sang est l'acide carbonique, et que l'obstacle à ce phénomène est le globule sanguin même qui fixe et retient à la fois l'oxygène et l'acide carbonique. Il s'ensuit donc que, dans l'état normal, physiologique, ce pouvoir coagulant de l'acide carbonique ne peut s'exercer, et voilà comment le sang reste fluide. (*Acad. des sciences*, septembre.)

Sang refroidi. La coagulation étant le principal obstacle à la transfusion du sang non défibriné, M. le docteur Nicolas-Duranty a reconnu expérimentalement que si la chaleur la favorise, c'est le contraire du froid. En le recevant au sortir de la veine dans un milieu ambiant, de 7 à 10° c., la coagulation en est retardée, même au contact de l'air, et il peut être injecté ainsi sans avoir rien perdu de ses propriétés vivifiantes. Il s'agit simplement à cet effet de le recevoir dans un vase ayant cette température de 7 à 10° c., et de le transfuser avec une seringue tenue à cette même température. Trois expériences de transfusion ainsi faites chez des lapins ont été suivies de succès. (*Gaz. hebd.*, n° 9.)

Diagnostic des taches de sang. Ce n'est pas en mesurant le volume des globules rouges que le professeur Richardson (de Philadelphie) distingue le sang humain de celui des animaux, comme on l'a fait jusqu'ici. C'est en en mesurant les

parois, c'est-à-dire l'enveloppe, la capsule, qu'il y est parvenu avec un microscope de la plus grande puissance. Une tache de sang sec étant donnée, même très-ancienne, il lui suffit de la ramollir dans de l'eau distillée pour que cette capsule, confondue longtemps par Virchow et Robin avec la fibrine, soit mise en évidence. La moyenne de vingt échantillons de sang humain pris sur cinq sujets blancs et noirs de différents âges a été de 1-3378 ; tandis que celle de différents grands animaux a été constamment inférieure. Trois échantillons de sang desséché lui ayant été remis par le professeur Reese, le 16 mai, il lui suffit de les soumettre à l'action d'une solution de sel commun pour reconnaître, après dix examens consécutifs, dans le premier, du sang humain avec une moyenne de 1-3407 ; dans le second, du sang de bœuf avec une moyenne de 1-4694, et, dans le troisième, du sang de mouton avec une moyenne de 1-5828. Trois autres échantillons remis par M. Weir-Mitchell, soumis aux mêmes expériences, firent reconnaître dans le premier, du sang de bœuf avec une moyenne de 1-4662 ; dans le second, du sang de mouton dont la moyenne était de 1-5952 et du sang humain dans le troisième avec une moyenne de 1-3430.

Le diagnostic se trouva juste et, dans aucun de ces soixante examens, le diamètre minimum du globule humain n'approcha du diamètre maximum du globule du sang de bœuf qui s'en éloigne le moins.

L'examen de dix globules de taches de sang desséché, conservés depuis cinq ans, ont également donné une moyenne de 1-3425. D'où la conclusion qu'il est possible, à l'aide de microscopes très-puissants, de distinguer positivement les taches de sang humain de celles causées par les grands animaux, même après un intervalle de cinq ans. Les moyennes du diamètre des globules rouges sont, en effet, pour le porc, de 4236 ; pour le bœuf, de 4267 ; pour le daim rouge, 4324 ; pour le chat, de 4404 ; pour le cheval, de 4600 ; pour le mouton, de 5300 et pour la chèvre, de 6366. (*The amer. journ. of med. sciences*, juillet.)

Expériences sur la circulation du sang dans des organes isolés. Introduction à une étude sur les effets des substances toxiques par la méthode des circulations artificielles, thèse

d'agrégation présentée à la Faculté de médecine de Bruxelles; par M. P. Heger.

Nouvelle imitation de la science allemande qui, en faisant passer dans le système circulatoire d'un organe détaché et isolé de l'économie, comme le foie, le poumon, le testicule, un muscle, du sang défibriné et chargé d'un alcaloïde, prétend découvrir par là les lois qui en règlent le courant. C'est ainsi que l'auteur les formule, quant à l'artère pulmonaire et quant à l'action des alcaloïdes. Mais peut-on assimiler ce courant artificiel à ce qu'il est dans l'état normal, vivant ? Ce travail n'est donc intéressant que pour initier à ces expériences curieuses et aux précautions, aux mesures à prendre pour les répéter.

SCORBUT. On pouvait croire que la théorie de sa contagiosité et de son épidémicité, soutenue par les grands médecins du XVIe siècle, avait été définitivement ruinée par l'observation plus attentive de Lind et tous ceux qui l'ont suivi et se sont rangés à son avis. Mais on avait compté sans M. Villemin qui, en découvrant l'inoculabilité du tubercule... au lapin, a fait aussitôt de la phthisie une maladie inoculable, virulente comme la syphilis et la morve, auxquelles il n'a pas craint de l'identifier malgré la réprobation générale et les démentis flagrants des faits. Esprit éminemment systématisateur et frondeur, comme il l'a montré dans ce cas, M. Villemin a éprouvé le besoin de réformer également la pathogénie du scorbut en s'élevant contre l'opinion générale, en la bravant. Examinant séparément toutes les causes attribuées successivement à ce grand fléau d'autrefois, des gens de mer en particulier, mais qui heureusement diminue de fréquence et d'intensité à mesure que les conditions hygiéniques du marin s'améliorent, tandis que la phthisie augmente sans cesse avec la civilisation, il démontre qu'aucune de ces causes, le froid ni le chaud, l'humide ni le sec, pas plus que la nostalgie ni aucun genre d'alimentation, ne soutient l'examen. Et cela est vrai, car aucune ne peut à elle seule le déterminer, et ce n'est que par leur réunion et leur ensemble deux à deux, trois à trois, qu'elles sont assez puissantes à cet effet. C'est donc sans peine qu'il a triomphé, à ce sujet, mais sans en recueillir plus de gloire.

Le défaut d'aliments et surtout de légumes frais ne paraît même pas suffire seul à produire le scorbut. L'amélioration et la guérison constatées par ce moyen bien simple ne dépendraient, suivant M. Villemin, que du changement de milieu, du déplacement des scorbutiques qui y sont soumis, c'est-à-dire de l'éloignement du foyer épidémique. Là serait la véritable cause du scorbut, et c'est à le prouver que M. Villemin s'efforce en prenant ses exemples en conséquence, sauf à en montrer partialement les points favorables à son opinion, à son système et à taire ceux qui tendent à l'infirmer. Il est ainsi parvenu à pouvoir soutenir que c'était une affection essentiellement épidémique ou endémo-épidémique qui ne s'observe jamais à l'état sporadique, pas plus que le typhus et le choléra auxquels il l'assimile. Dû à un miasme, il serait infectieux et même contagieux comme eux. Il en donne comme preuve incontestable l'épidémie du camp de Boulogne, en 1855, et qui se transmit à Paris par les victimes mêmes.

Dans une vigoureuse et savante réplique, M. Leroy de Méricourt, reprenant un à un tous les faits et les arguments signalés, les assertions avancées, les réduit à leur juste valeur, c'est-à-dire à bien peu de chose, en rectifiant plusieurs erreurs, comme les assertions de Fodéré, de Duprada sur les conditions de la *Virginie*, en éclairant des réticences volontaires, des silences calculés. Il cite au contraire les autorités pour et contre en en montrant la valeur. L'influence de l'humidité en résulte ainsi que celle de l'alimentation. L'usage exclusif des salaisons est très-préjudiciable, quoi qu'en disent ceux qui n'ont jamais navigué ou n'ont pas fait de longs voyages. Mais la privation absolue de vivres frais est la principale cause ; toutes celles qui ont été invoquées en dehors ne sont pour ainsi dire qu'adjuvantes ou accessoires. C'est aussi à cette cause que s'est arrêté M. Delpech, en 1871, et M. le professeur Béhier a exprimé la même opinion dans ses leçons cliniques, d'après les faits observés pendant le siége de Paris. (*Union méd.*, n°s 32 à 36.)

En Crimée, par exemple, matelots et soldats en étaient atteints et en mouraient, tandis que pas un seul officier n'en est mort exclusivement, en raison même d'une meilleure nourriture. Il respecta toutes les personnes placées

dans les conditions hygiéniques supérieures, dans l'épidémie d'Irlande, en 1847, alors qu'une grande partie de ce pays était en proie à une profonde misère. Si un chef de musique en a été atteint au camp de Boulogne, c'est qu'il vivait exclusivement de jambon depuis trois mois. Au contraire, on a vu officiers et soldats mourir également du typhus. La cause en est donc différente. L'une est générale, l'autre est particulière, individuelle. C'est ainsi que l'armée anglaise, en contact avec l'armée française en Crimée, alors qu'elle était décimée par le scorbut, n'en fût pas atteinte parce qu'elle était mieux nourrie. Donc, il n'est pas contagieux.

L'influence des vivres frais est surtout démontrée par les exemples tout récents de l'*Iphigénie* et de l'*Orne* transportant les condamnés dans la Nouvelle-Calédonie. Une relâche de quelques jours, avec des vivres frais, sans débarquement, a suffi pour faire disparaître le mal. Donc, il ne résultait pas d'un foyer miasmatique à bord.

Là, comme en Crimée et au camp de Boulogne, l'apparition du scorbut est donc expliquée par les conditions déprimantes faites aux troupes et aux populations, de même que pendant le siége de Paris. S'il eût été causé par un foyer miasmatique dans les prisons de la Seine (voy. *année* 1871), il ne se serait pas arrêté. Le typhus une fois introduit dans la grande capitale, n'aurait pas eu cette clémence ; les ravages de la variole l'ont bien prouvé. (*Acad. de méd.*, octobre.)

SEIGLE ERGOTÉ. *Conservation.* La facilité avec laquelle ce précieux médicament s'altère et devient ainsi infidèle a incité M. Luigi, pharmacien italien, à mettre à profit les propriétés anti putrides et anti fermentescibles du chloral pour sa conservation. Il le plonge, à cet effet, dans le mélange suivant :

℞ Eau distillée	95	parties.
Hydrate de chloral	10	—
Alcool à 40 degrés	5	—

Après l'avoir laissé macérer pendant six à huit heures à la température ordinaire, on le retire, on l'étale sur du papier buvard et l'on fait sécher à l'ombre.

Cette immersion suffit à prévenir l'altération et, si elle est déjà commencée, à l'arrêter immédiatement par une immersion un peu plus prolongée. On doit donc essayer au plus vite ce moyen.

SEPTICÉMIE. Afin de résoudre la question de savoir si, comme le prétendent les Allemands et M. Verneuil qui s'est constitué leur interprète en France (voy. *année* 1871), la pyohémie, ou infection purulente, n'est que le premier degré de la septicémie, M. Pitres, interne de M. Demarquay à la Maison municipale de santé, a fait les expériences suivantes : Une dame étant devenue pyohémique à la suite de l'extirpation d'un carcinôme de la région sus-claviculaire, avec abcès métastatiques à l'autopsie, son sang dilué fut injecté sous l'épiderme de la région inguinale de deux lapins qui, maintenus en observation pendant un mois, conservèrent leur embonpoint et leur vivacité sans aucun accident.

Un homme de soixante-cinq ans, ayant présenté les symptômes de l'infection purulente, dix jours après l'ouverture d'une hématocèle enflammée de la tunique vaginale, son sang dilué fut injecté, après la mort, à un lapin qui survécut un mois sans accident. Sacrifié ensuite, quatre gouttes de son sang furent extraites avant la mort et injectées à un second lapin qui n'en fut pas davantage incommodé.

Le sang de ces deux pyohémiques, examiné au microscope pendant la vie, ne présenta aucune déformation des globules rouges, ni bâtonnets, ni chaînettes, mais seulement l'augmentation des leucocytes avec de nombreuses granulations moléculaires. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 49, 1873.)

Le lapin étant, de l'aveu de tous les expérimentateurs venus à la suite de M. Davaine, le réactif par excellence de la septicémie, il est bien évident que, si l'infection purulente était le premier degré de cette intoxication, l'inoculation du sang serait aussi virulente à la suite de celle-ci que de celle-là. Le résultat négatif montre donc le contraire et justifie la distinction que l'école française fait entre elles.

On objectera peut-être qu'à cette première période de la septicémie, le sang n'est pas encore virulent, infectieux. Mais son état est le même, sauf l'absence d'altération des globules rouges qui ont l'aspect étoilé dans la septicémie.

Ces expériences sont donc décisives pour établir une différence entre ces deux maladies.

Septicémie primitive. M. Laborde l'a produite en injectant du sang septicémique à la cinquième ou sixième génération dans la veine d'un chien ; puis, lorsque la maladie est développée, il établit une communication directe entre le bout central d'une artère crurale de cet animal et celle d'un autre chien bien portant, de même taille. Il y a ainsi échange ou communauté des deux sangs suivant le procédé de M. A. Guérin. — Voy. *année* 1872.

Deux ou trois heures après cette opération, l'animal sain est pris d'un frisson intense accompagné de vomissements abondants, la fièvre survient, le museau perd sa fraîcheur et son humidité habituelle, la diarrhée se manifeste et souvent des selles sanguinolentes, et l'autopsie montre de l'engouement pulmonaire sans infarctus ; absence dans le sang de bactéries, de granulations transparentes et de microphytes d'aucune espèce. (*Soc. de biol.*, janvier.)

C'est donc bien là une septicémie primitive ; aucun travail morbide antérieur n'a pu contribuer à la produire. C'est la *septicémie* dans toute sa pureté si l'on peut dire. Aussi le sang est-il exempt de tout organisme, contrairement à la théorie de MM. Davaine et Pasteur. Cette expérience confirme donc celles de M. Onimus. — Voy. *année* 1873.

Septicémie intestinale. L'absorption de matières septiques par l'intestin, qu'elle ait lieu naturellement comme dans la fièvre typhoïde, le scorbut, dans l'occlusion intestinale, ou qu'elle soit provoquée artificiellement, constitue, suivant M. Humbert, cette variété. C'est à le démontrer qu'il a consacré son excellente thèse inaugurale couronnée par la Faculté. (Paris, 1873.)

Septicémie aiguë à forme gangréneuse. M. le docteur Terrillon désigne ainsi cette complication redoutable des blessures caractérisées localement par l'œdème, une teinte bronzée, l'emphysème et la gangrène et qui, d'après ces symptômes, a été nommée tour à tour *gangrène foudroyante*, *pneumohémie putride* (Maisonneuve), *érysipèle bronzé* (Velpeau), *emphysème gangréneux*, *intoxication traumatique* (Chassaignac),

œdème aigu purulent (Pirogoff), *infection putride aiguë* (Perrin). D'après ces symptômes même et la mort qui en est ordinairement la suite, il la classe parmi les septicémies dont ce mot exprime mieux la nature. Sa marche et le symptôme le plus saillant servent à la caractériser et à la distinguer de la septicémie ordinaire. On peut tenter, pour la combattre, les injections antiseptiques employées par M. Perrin. — Voy. INFECTION PUTRIDE AIGUË, 1872.

Ses causes les plus probantes sont toutes les conditions déprimantes, physiques et morales, mais surtout celles-ci. On observe ainsi cette forme de septicémie sur les champs de bataille, par suite de coups de feu. Les phénomènes généraux sont peu graves, il n'y a pas d'altération notable des traits, la température ne dépasse pas 39 degrés, mais le pouls est très-fréquent. C'est aux phénomènes locaux qu'il faut surtout avoir égard. (*Arch. de méd.*, février.)

Pour certains auteurs anonymes, ce n'est là qu'une gangrène traumatique avec empoisonnement secondaire par résorption des matières septiques gangréneuses. C'est donc toujours une forme de la septicémie, et c'est jouer sur les mots que de vouloir ainsi les renverser. La meilleure preuve que cette forme de gangrène n'est pas simple, c'est qu'elle a embarrassé les meilleurs observateurs qui l'ont dénommée différemment, suivant les idées dominantes ou les leurs. M. Terrillon a fait de même en sacrifiant à la mode actuelle de voir la septicémie partout. (*Gaz. hebd.* n° 8.)

STAPHYLOME. *Trépanation de la cornée.* Fondé sur ce principe que l'excès de tension intra-oculaire produit la saillie de la cicatrice cornéenne et empêche ainsi sa résorption, M. Panas a employé vainement la ponction, puis l'incision transversale de la cornée et même l'extraction du cristallin, pour diminuer cette tension suivant le conseil de de Græfe. Après un soulagement momentané, la tension se reproduisait bien avec le liquide. C'est alors qu'il a appliqué une couronne de trépan, sorte de trou pupillaire occupant la partie moyenne du staphylôme et comprenant toute l'épaisseur du tissu cicatriciel et une portion de l'iris. La cicatrisation s'est faite en six jours et la saillie cornéenne a complétement disparu. (*Soc. de chir.*, janvier, et *Gaz. des hôp.*, n° 20.)

Malgré les résultats négatifs obtenus dans ces cas par MM. Trélat et M. Sée, on doit rapprocher de ce succès celui obtenu par M. Gradenigo par une fistule cornéenne pratiquée au centre d'une opacité complète de la cornée (voy. *ce mot*, 1871). Elle a même été répétée avec succès par M. Chisolm (voy. CORNÉE). N'y a-t-il pas une certaine analogie d'action ?

Pour mieux juger de la valeur de cette opération, il faut distinguer, selon M. Meyer, les cas où la présence de l'iris peut l'enclaver dans l'ouverture, de ceux où cette membrane est écartée du champ opératoire par la maladie elle-même.

Dans deux cas de leucôme complet où il l'a appliquée, les deux malades ont accusé de l'amélioration, mais elle n'était réelle que chez l'un d'eux. La transparence plus grande du tissu cicatriciel nouveau que de l'ancien lui en paraît la cause.

Elle lui paraît surtout indiquée dans le staphylôme partiel de préférence à l'ablation. Mais elle ne l'est pas dans le kératoconus à cause de la position de l'iris et des complications graves qui peuvent en résulter.

Sur neuf trépanations de la cornée, il y a toujours eu amélioration de la vue soit par diminution de la myopie, soit de l'astigmatisme. L'un des opérés a même été trouvé bon pour le service militaire et est devenu le plus adroit tireur de son bataillon, tout en se servant de l'œil opéré. Elle réussit d'ailleurs le mieux chez les jeunes gens. Les opacités circonscrites qu'elle produit après elle se dissipent souvent très-vite.

M. Arlt n'a jamais fait de trépanation et doute que les prétendus succès qu'elle donne dans le staphylôme partiel égalent jamais ceux de Beer qui, sur 102 cas opérés par l'ablation simple, n'a perdu que trois yeux. Il s'inclinera devant elle quand elle donnera de pareils résultats. (*Soc. ophthalmol. de Heidelberg*, 1873, et *Ann. d'oculist.*, mai, juin.)

Le docteur Poncet a enlevé, sur les deux yeux d'un chien, des couronnes de trépan de 8 millimètres de diamètre dans toute l'épaisseur. Deux mois après, les cornées se sont reproduites si complétement que le chien voit comme avant l'opération ; il existe à peine un léger nuage au lieu trépané. Il n'y a eu ni cataracte, ni adhérence de l'iris, le globe oculaire a sa forme normale.

Sur un œil trépané par M. Wecker et qui dut être énucléé ensuite, la cicatrice examinée au microscope présentait au contraire la structure suivante : épithélium formant une courbe épaisse, disposée en papilles profondes; la membrane de Bowmann est remplacée par un tissu embryonnaire, garni de vaisseaux; les lames profondes régulières sont chargées de granulations graisseuses et pigmentaires dans leurs lacunes. Des lambeaux d'iris et des procès ciliaires étaient enclavés dans la cicatrice fibreuse. Ce tissu nouveau est moins transparent que l'ancien et obscurci par des masses pigmentaires. (*Soc. de biol.* et *Progrès méd.*, 2 mai.)

Telles sont les causes qui s'opposent à l'emploi de la trépanation chez l'homme, selon M. Poncet, excepté quand il s'agit d'établir une fistule cornéenne. Et c'est quand des spécialistes comme Bowmann, Wecker, Warlomont, Meyer, rapportent des succès, que l'on vient en nier la possibilité, armé d'une seule observation microscopique. Cette prétention se juge par son énormité.

Deux fois M. Cuignet a pratiqué la trépanation de la cornée opaque chez deux femmes dont la vue était perdue. Il enleva une rondelle centrale de 2 milimètres 1/2 de diamètre comprenant toute l'épaisseur de la cicatrice. Dans le premier cas, l'opérée s'écria aussitôt : Je vois, je reconnais, et put compter les doigts à plus d'un mètre de distance; mais bientôt l'ouverture artificielle se ferma et se vascularisa, et, malgré une deuxième trépanation, la cécité redevint ce qu'elle était.

Dans le second cas, il fallut faire une ponction centrale et l'opérée manifesta encore qu'elle percevait la lumière; mais l'humeur vitrée, sale, mêlée de globules sanguins et de cellules de pigment altérées s'étant écoulée, le bulbe se ramollit et se flétrit. Ce fut un deuxième insuccès.

L'auteur se demande donc s'il ne conviendrait pas d'amincir préalablement le tissu cicatriciel staphylomateux de la cornée, comme offrant une chance de maintenir béante l'ouverture pratiquée. La cautérisation comme l'a faite M. Gradenigo n'est-elle pas un moyen plus sûr d'y parvenir? (*Bull. méd. du Nord*, nos 4, 5.)

STAPHYLORRHAPHIE. *Nouveau procédé.* Les journaux anglais ont fait grand bruit de cette prétendue innovation

du célèbre chirurgien W. Fergusson. Elle consiste tout simplement, quand l'opération de Langenbeck a échoué, ou n'est pas applicable, à aviver la membrane muqueuse des bords de la division palatine, et à pratiquer, à 7 ou 8 millimètres de distance des deux bords, une incision profonde de la muqueuse allant de la partie antérieure de la voûte jusqu'au voile du palais, comme les incisions libératrices pratiquées dans le bec-de-lièvre pour éviter un tiraillement exagéré des lambeaux après leur suture. Mais elles sont faites ici dans un autre but. La voûte osseuse pouvant encore moins se rapprocher que la muqueuse, quand l'écartement est considérable, M. Fergusson, dans un deuxième temps, la sectionne avec un ciseau, parallèlement à l'incision de la muqueuse, en commençant par la partie postérieure et s'avançant ainsi d'arrière en avant. Les deux portions d'os ainsi détachées avec leur revêtement périostal se rapprochent facilement, et, les sutures appliquées, il n'existe aucune tension des lambeaux. La douleur et la gêne sont moindres que par les autres procédés, et les sutures ne causent aucune irritation.

Quatre opérations faites par ce procédé sur deux filles de dix-huit ans ayant subi infructueusement la staphylorrhaphie par le procédé ordinaire, ainsi que sur deux garçons de quatorze et quinze ans, ont parfaitement réussi. Les fentes latérales se sont comblées rapidement d'un tissu osseux de nouvelle formation, qui vient à son tour fournir un point d'appui et de résistance aux parties réunies. (*Lancet*, p. 784, 1873, et 298, 1874.)

Mais cette innovation n'est pas nouvelle. Elle a été proposée, dès 1845, par Dieffenbach dans sa *Chirurgie opératoire*. « Dans les très-larges fissures du palais, dit-il, quand les parties molles sont seulement rudimentaires, l'union peut se faire par une division préalable des os. Chacun peut être percé près de son bord avec un perforateur triangulaire, et un fil métallique étant passé dans ces ouvertures, il s'agit de diviser profondément la muqueuse, suivant la ligne de jonction des deux os, au moyen d'un fort ciseau concave. Les ligatures étant serrées rapprochent facilement les lambeaux et ferment la fissure. Bürring, dans deux cas de syphilis, fractura ainsi les os du voile du palais pour les réunir.

Si des objections ont été élevées depuis contre ce pro-

cédé et l'ont fait oublier en Allemagne comme ailleurs, il n'en est pas moins vrai que M. Duplay l'a employé dernièrement avec succès contre un bec-de-lièvre chez un enfant de dix mois. Après avoir avivé les deux bords de la fissure labiale et alvéolaire, il incisa verticalement la muqueuse gingivale dans toute sa hauteur à droite, au niveau de l'union de l'os incisif avec le maxillaire droit; *l'os fut fracturé à coups de marteau avec le tranchant d'un ciseau*, et, comme le fragment osseux était encore retenu par la cloison du nez, très-déviée à droite, il en fit la section. (*Soc. de chir.*, décembre 1873.)

Une grande analogie existe entre ces deux opérations. D'ailleurs M. Fergusson a modifié son procédé dans une staphylorrhaphie faite le 15 juin dernier, en le perfectionnant dans le sens même de Dieffenbach dont il a reconnu la priorité. En vue de prévenir l'abaissement, la chute possible des lambeaux osseux, il perfore préalablement et parallèlement en deux endroits les bords de la division, de chaque côté, avec une alène de cordonnier. Des fils de soie étant introduits par les deux ouvertures du même côté, leurs extrémités sont dirigées dans la cavité nasale, puis ramenées dans la bouche et passées dans les ouvertures du côté opposé. Les lambeaux étant ensuite taillés, comme il est dit précédemment, il suffit de tirer sur les fils pour les rapprocher et les maintenir fixés solidement par leur ligature. (*Lancet,* 20 juin.)

Cette modification doit en entraîner d'autres, car il est à prévoir que l'exemple si heureux du célèbre chirurgien anglais ne manquera pas d'être bientôt imité partout.

STATISTIQUE. Elle est soumise à une double loi, dit M. Dechambre. Elle ne doit mettre en œuvre que des unités, sinon identiques, du moins comparables; elle doit porter sur de grands nombres. Plus les faits seront dissemblables et plus leur nombre devra être élevé; plus les faits se rapprocheront de l'unité absolue et plus leur nombre pourra être réduit. En chirurgie, la statistique considère, comme termes essentiels, l'opération pratiquée et le résultat obtenu. Généralement on ne regarde dans le résultat qu'aux deux chances extrêmes et contraires : le succès et l'insuccès, la guérison ou la mort. Quant à l'opération, on a senti par-

tout le besoin de l'envisager sous plusieurs aspects corrélatifs aux conditions dans lesquelles elle a été exécutée. On divise ainsi les amputations en pathologiques et traumatiques, ou bien en médiates, immédiates, primitives, secondaires, etc., etc.

M. le professeur Verneuil montre l'insuffisance de la dichotomie des succès et des insuccès qui tantôt se prête au calcul intéressé d'un statisticien complaisant et tantôt met au contraire à la charge du chirurgien des malheurs qui ne sont pas de son fait. Le seul critérium capable de faire juger sainement le résultat d'une opération, *c'est de constater comment elle a rempli la tâche qui lui est imposée*. On peut déterminer ainsi équitablement le genre et la mesure des succès et des insuccès. Exemples : on coupe la jambe pour un traumatisme du pied ; le traumatisme est supprimé et la plaie d'amputation se guérit ; le succès est donc *complet*. On ampute pour un anévrysme rompu, la lésion est supprimée, mais la plaie d'amputation marche mal : le succès opératoire reste donc incomplet. On ampute pour un ostéosarcome ; la plaie d'amputation se cicatrise, mais il y a récidive du néoplasme et le sujet meurt ; ce n'est encore là qu'un demi-succès d'un autre genre que le précédent. Il y a également des insuccès par l'opération, malgré l'opération et indépendants d'elle.

De là des divisions et des subdivisions infinies, des catégories sans nombre, mais qui donneraient par les résultats une juste mesure des règles de la pratique chirurgicale. Une opération exécutée pour une lésion circonscrite sur des individus sains, dans des conditions favorables, est souvent suivie de mort ; elle est donc dangereuse. Si elle se termine au contraire presque toujours par la guérison, elle est donc bénigne. En tenant compte ainsi des circonstances qui peuvent influer sur le résultat, on jugera mieux des avantages et des inconvénients de l'opération que par la statistique banale des succès et des insuccès. *Ante numerationem perpensatio, sed post perpensationem numeratio,* dit M. Verneuil, tel est l'évangile de la statistique.

Appliquant ces principes à la statistique des amputations et se bornant à considérer l'état des amputés avant l'opération seulement, M. Verneuil donne, comme exemple, le résultat de 19 amputations du bras dans l'article qu'il divise ainsi :

Première catégorie. 7 sujets simplement affectés localement d'une lésion traumatique, cinq fois organique, deux fois sans altération de l'organisme. Il y a six succès complets et un demi-succès par la mort ultérieure du septième opéré, après cicatrisation. Le succès de 100 pour 100 au point de vue opératoire est ainsi réduit à 85 pour 100 au point de vue thérapeutique.

Deuxième catégorie. 3 cas de lésion traumatique du bras compliquée d'autres blessures. Trois morts. Cette mortalité de 100 pour 100 est donc un résultat thérapeutique déplorable.

Troisième catégorie. 9 sujets atteints de lésions locales graves : sept blessures et deux affections inflammatoires avec maladie aiguë et fébrile. Deux guérisons seulement. L'insuccès thérapeutique est donc de 77 pour 100.

Ces exemples montrent du moins la voie à suivre et les règles à observer pour faire une bonne statistique chirurgicale pouvant servir d'enseignement. (*Gaz. hebd.*, n° 26.)

De quelques réformes à introduire dans la statistique chirurgicale à propos d'une série de dix-neuf amputations du bras dans l'article. Broch. in-8°, par le professeur Verneuil. Paris, 1873.

STÉRILITÉ. *Taille latéralisée.* M. Teevan, l'habile lithotomiste anglais, a communiqué les faits suivants à la *Clinical Society* de Londres, le 10 avril dernier.

Un garçon de salle, de quarante-quatre ans, ayant subi la taille latérale dans un hôpital de province, il y a vingt ans, s'est marié trois ans après avec une femme plus jeune que lui. Elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche. Le coït n'est jamais suivi d'éjaculation.

Un peintre, de quarante-sept ans, s'est marié à trente et un ans. Sa femme eut deux enfants dans les trois premières années de leur mariage. Il subit ensuite la taille latéralisée, et depuis il a perdu la faculté d'éjaculation, sa femme n'a plus eu d'enfants.

Un cordonnier, de quarante-cinq ans, taillé par la méthode latérale à deux ans, s'est marié à vingt-cinq avec une femme plus jeune que lui, sans avoir jamais d'éjaculation durant le coït. Sa femme n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche.

Un charpentier-marin, de quarante-cinq ans, ayant subi la taille latéralisée à quatre ans, s'est marié à vingt-trois ans, avec une femme plus jeune que lui, et n'a également jamais eu d'enfant par la même raison.

Pour l'auteur, la cause de cette stérilité masculine est la lésion du plancher de la portion prostatique de l'urèthre, et l'oblitération consécutive des conduits éjaculateurs par la taille latérale, telle qu'elle est ordinairement pratiquée. Cette infirmité n'est évitée que par la saillie de la prostate. (*Lancet*, mai.) — Voy. PHIMOSIS.

STOMATITE MERCURIELLE. *Emploi topique du chlorate de potasse.* Au lieu de l'employer comme ordinairement, en gargarismes, M. le professeur Gosselin, pour en rendre l'action plus rapide et énergique, fait préparer une solution aussi concentrée que possible de ce sel en y ajoutant du laudanum et l'eau de laurier-cerise comme calmant; puis, avec des plumasseaux et des tentes qui en sont imbibés, on les introduit dans les gouttières gingivales. On les renouvelle plusieurs fois par jour. La maladie et la salivation sont notablement abrégées par ce moyen. (*France méd.*, janvier.)

SYPHILIS. Elle a été communiquée par le doigt d'une accoucheuse, en février et mars 1873, à plusieurs femmes de la ville de Brives (Corrèze). Récemment accouchées, elles éprouvèrent de la cuisson aux parties génitales et, dès la fin du premier mois, le plus souvent pendant le deuxième et parfois pendant le troisième après l'accouchement, une éruption de gros boutons, de pustules y succédait pour s'étendre de là à la tête, à la bouche, aux seins, à l'anus et sur tout le reste du corps. Un état général y succède, caractérisé par une lassitude extrême, des névralgies, des maux de tête, des douleurs articulaires; la paume des mains et la plante des pieds se dépouillent, puis les cheveux tombent et même les sourcils chez quelques-unes. Un certain nombre des maris éprouvent des accidents semblables et sur 10 enfants, 4 succombent après avoir présenté des symptômes analogues.

Les médecins consultés ayant déclaré que c'était la syphilis, un grand bruit, une émotion considérable en résulta.

Les maris accusaient leurs femmes et les femmes leurs maris ; un trouble extrême en résulta dans ces familles et même des menaces de séparation.

On remarqua alors que toutes les femmes infectées avaient été accouchées par la même sage-femme, qui avait mal au doigt et avait présenté, ainsi que son mari, les mêmes accidents que ses accouchées. Aux questions qui lui sont faites, elle répond d'ailleurs *que ce n'est rien, que c'est un mal dans l'air, une épidémie*, et que toutes les femmes qu'elle a accouchées depuis quelque temps, au nombre de plus de 50, en sont atteintes de même. Elle fixe elle-même le début de son mal au doigt au 19 février 1873, et ce simple bobo n'était pas encore guéri un an après. Une femme accouchée le 28 février est la première atteinte, et la dernière le 29 octobre. La virulence a donc duré neuf mois avec un intervalle de trois mois et demi, du 15 mars au 28 juin, où elle est restée latente, soit spontanément, soit par l'effet des cautérisations.

La sage-femme qualifie d'abord son mal de panaris noir et, plus tard, elle fait usage d'une pommade au calomel, qu'elle prescrit elle-même à ses accouchées et à leurs maris. « N'en dites rien surtout aux médecins, ajoutait-elle, car ils vous diraient que c'est un mauvais mal et vous donneraient du mercure ; ils n'y connaissent rien. »

Une plainte ayant été déposée par 5 maris contre cette sage-femme, comme ayant infecté de syphilis, avec son doigt malade, leurs femmes, leurs enfants et eux-mêmes, M. le docteur Bardinet, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges, fut chargé judiciairement de faire une enquête. 15 femmes déposèrent comme étant atteintes de syphilis, 9 maris et 10 enfants, dont 4 morts, apportèrent également leur témoignage, et bien que ce total de 34 victimes connues soit déjà considérable, il est loin de représenter la généralité, car la plupart se sont tu par honte ou crainte de scandale. On évalue ainsi à plus de 100 les personnes atteintes.

A l'examen, le 13 mars 1874, c'est-à-dire treize mois après le début des accidents, la sage-femme est à peu près complètement guérie. La plaie du médius de la main droite est cicatrisée, sans altération des os ni des tendons ; l'ongle est desséché, bosselé, déformé, mais tout s'est passé

à la peau comme dans les ulcérations syphilitiques. Les cheveux repoussaient ainsi que les sourcils. Cette plaie du doigt était donc bien un véritable chancre qui a pu se transformer en plaques muqueuses et être ainsi l'agent de la transmission.

Chez tous les autres malades, M. Bardinet constata des accidents secondaires nombreux, incontestables, comme plaques muqueuses nombreuses, dans la bouche, à l'anus et sur les seins ; des tubercules durs du cuir chevelu, des adénites indurées, des traces de psoriasis palmaire, des ulcérations larges, multiples et arrondies sur l'aréole du sein ; chute des cheveux sur plus de 12 malades.

Dans aucun cas, il n'y eut de blennorrhagie ni de bubons. Les accidents tertiaires n'avaient pas encore eu le temps de se produire.

7 maris ont échappé à la contagion par l'absence de rapports sexuels. Mais les 8 autres étaient atteints de la manière la plus grave : 3 d'entre eux avaient perdu les cheveux, les sourcils. Toujours ils ont été infectés consécutivement à leurs femmes. 6 enfants ont également échappé, soit pour avoir été éloignés de leur mère, soit par d'autres causes inconnues. Mais les autres l'ont été si gravement que la mort en a été la conséquence chez 4. L'éruption a été précoce chez les uns, c'est-à-dire de huit à quinze jours après la naissance, et tardive chez d'autres, c'est-à-dire cinq mois après la naissance. D'où il semble résulter, pour M. Bardinet, que les premiers ont été directement infectés par le doigt de la sage-femme et les derniers par leur mère.

En raison de ces faits graves et dûment constatés, un jugement du tribunal de Brives, rendu le 28 mars 1874, a condamné la sage-femme à deux ans de prison et 50 francs d'amende pour le triple délit d'homicide par imprudence, de coups et blessures involontaires et d'exercice illégal de la médecine. (*Acad. de méd.*, 14 avril.)

Tuméfaction de la rate. Elle est fréquente dans la période tertiaire. Sans parler des gommes, de la dégénérescence amyloïde assez fréquente alors, on trouve encore plusieurs autres altérations pouvant être attribuées à cette diathèse. Virchow distingue deux formes de tumeurs hyperplasiques de la rate d'origine syphilitique, une forme molle et une

forme indurée. La première serait produite par la prolifération des éléments cellulaires, et ne répondrait qu'à un très-faible degré d'irritation. On peut, jusqu'à un certain point, diagnostiquer ces lésions pendant la vie.

La tuméfaction de la rate a également une importance assez grande et peut devenir un élément de diagnostic dans la syphilis congénitale, comme l'ont montré Eisenschütz et M. G. Sée.

Au moyen de l'exploration méthodique, le docteur Weil a pu trois fois constater l'augmentation de volume de la rate tout à fait au début de la syphilis, et alors qu'existait encore l'accident primitif.

Dans les deux premiers cas, l'augmentation de volume de la rate fut constatée trois ou quatre semaines après l'apparition de la roséole ; dans le troisième, elle coïncida avec une syphilide maculeuse.

Au moment même où Weil vit les malades pour la première fois, la tuméfaction de la rate était déjà très-considérable dans les trois cas. La hauteur de cet organe, sur la ligne axillaire, variait de 10 à 12 centimètres ; il s'étendait en avant jusqu'à l'extrémité antérieure des côtes ; dans un cas même il était très-facile, par la palpation, de sentir la rate à ce niveau.

Le traitement mercuriel réussit rapidement dans les trois cas, et l'augmentation de volume disparut sous son influence après une durée de cinq à dix semaines. Cette influence du traitement spécifique est même la cause, en l'absence de toute autre, qui fait que Weil croit pouvoir attribuer la lésion à la syphilis.

L'auteur n'a jamais, jusqu'ici, trouvé ce symptôme à la suite de la blennorrhagie ou du chancre simple, il pourrait donc avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic de la vérole ; cependant il faut remarquer que c'est là un phénomène rare et sur lequel il faudra peu compter.

Weil attribue l'augmentation de la rate à une infection générale du sang, et compare ce qui se produit dans la syphilis à ce que l'on voit survenir dans toutes les maladies infectieuses et, en particulier, dans la fièvre typhoïde. Pour lui, le substratum anatomique serait, dans ces cas, l'hypérémie, et, comme conséquence, la prolifération des

cellules. (*Deutch. Archiv für klin. Medic.*, 1874, p. 317.) — Voy. Rate.

Hydrargyrose subaiguë. Sous ce titre, M. Schutzemberger préconise de nouveau le traitement actif par les bains et les frictions mercuriels à haute dose, amenant rapidement la salivation. Appliqué depuis longtemps à Strasbourg, il donne des guérisons plus rapides et plus sûres que le traitement anodin, généralement employé. Il reconnaît que des accidents, même mortels, peuvent s'ensuivre. C'est dire qu'une attention minutieuse est indispensable, et qu'il ne peut être employé avec sécurité que dans les hôpitaux. (*Gaz. méd. de Strasb.*, mai.)

Iodure d'ammonium. D'après 13 observations dont 10 recueillies à l'hôpital de Lourcine par M. Carat, son effet serait plus prompt et plus énergique dans la troisième période de la syphilis que l'iodure de potassium. Il a réussi dans des cas où les autres moyens avaient échoué.

La dose est de 50 centigrammes à 5 grammes, tandis que celle de l'iodure de potassium est de 1 à 10 grammes. Le prix étant le même, il y a donc économie pour la bourse autant que pour l'organisme à employer le premier.

Son altération facile à l'air et à la lumière, est un grave inconvénient. Il se décompose et l'iode est mis en liberté. On le reconnaît à la coloration jaune des cristaux. Dans cet état, il est mal supporté par l'estomac et détermine la diarrhée. (*Gaz. hebd.*, nos 10 et 12.)

Iodure de potassium. — Voy. *ce mot.*

Syphilides ulcéreuses. Elles seraient surtout fréquentes chez les buveurs, selon M. le docteur Renault, en raison de l'action de l'alcoolisme sur le développement des affections cutanées, et notamment sur la syphilis. (*Thèse de Paris*, 1874.)

Clinical aspects of syphilitic nervous affections; par le docteur Thomas Buzzard, médecin de l'hôpital National pour les paralysés et les épileptiques; Londres. Étude spéciale des différentes névroses dans lesquelles la syphilis joue un rôle pathogénique.

T

TÉPHRYLOMÈTRE. Instrument imaginé par le docteur Major, pour l'étude histologique des centres nerveux, comme le harpon du docteur Duchenne (de Boulogne) pour l'étude des muscles ou d'autres tissus. C'est un tube en verre épais ouvert à ses deux extrémités et qui, plongé dans le cerveau, en ramène de petits cylindres, comme on le ferait dans une pomme de terre. La couleur des couches de la substance grise peut être ainsi appréciée à travers le verre et leur épaisseur mesurée par son échelle graduée et annotée. En poussant le contenu, ces couches sortent successivement et peuvent être ainsi placées sur le champ du microscope pour l'étude. Cette méthode peut aisément être employée par tout médecin et donne de meilleurs résultats que l'usage de spécimens durcis. (*Boston med. and surg. Journ.*, avril, n° 18.)

TÉTANOS. *Injections veineuses de chloral.* Après les avoir pratiquées avec succès, chez les animaux, M. Oré les a tentées dans un cas de tétanos survenu à la suite d'un écrasement de la main. Il a injecté dans le système veineux 10 grammes de chloral hydraté.

Au moment où le tiers de l'injection a pénétré dans la veine, le malade, dit M. Oré, accuse une sensation de resserrement général dans tout le thorax; il se plaint, il répète qu'il étouffe, qu'il va mourir; les côtes sont immobiles, la face cyanosée. L'opisthotonos tend à s'accentuer davantage. En même temps la bouche se remplit d'une écume blanchâtre, abondante, qui amène, pendant toute la durée de la crise, le besoin de cracher continuellement.

L'opéré est tombé ensuite dans un coma profond, avec abolition des mouvements réflexes, qui a persisté jusqu'au lendemain. Une nouvelle dose de chloral ayant été injectée, une amélioration notable s'est manifestée, et, en les répétant, du 9 février au 2 mars, la guérison s'en est suivie, après trois semaines de ce nouveau traitement. (*Acad. des sciences*, février, mars.)

Encouragé par le succès de M. Oré, M. Cruveilhier a renouvelé sa pratique sur un homme de trente ans, ayant

un écrasement de la main droite et entré à l'hôpital Saint-Louis le 8 mars. Le 18, il y eut un peu de mal à la gorge ; le 20, le trismus et l'opisthotonos étaient très-marqués. Des injections de 3, 5 et 6 grammes de chloral furent pratiquées successivement, à deux jours d'intervalle, dans les veines cubitale, médiane, céphalique et pédieuse, en administrant en même temps des lavements avec 4 et 9 grammes de chloral. Après chaque injection, le malade a été anesthésié pendant cinq à six heures, conformément aux expériences de M. Vulpian, et la contracture des mâchoires a disparu pendant ce temps. Mais le blessé n'en est pas moins mort le treizième jour du tétanos, vingt-quatre heures après la dernière injection. A l'autopsie, on trouva un abcès sur la veine cubitale avec des traces de phlébite et *des coagulations dans l'intérieur des veines,* qui semblent bien résulter de l'action du chloral.

Dans un cas de tétanos aigu, consécutif à des applications de caustiques contre un kyste du foie, M. Tillaux, trouvant sa malade mourante, injecta immédiatement dans la veine céphalique, en cinq fois, dans l'espace de sept minutes, 10 grammes de chloral dans 20 grammes d'eau. Dès la deuxième seringue, la malade, qui ne pouvait desserrer les dents, ni faire le moindre mouvement, commença à parler, ouvrit les yeux, les traits, horriblement contractés, se détendirent. A la cinquième seringue, la transformation était merveilleuse : tous les muscles étaient détendus, et la malade s'endormit aussitôt calme et paisible. Il semblait donc que cette méthode n'avait ni les dangers, ni les difficultés qu'on lui a reprochés.

Mais, après un sommeil de deux heures, les contractures recommençaient et s'aggravaient à tel point, que, dans la nuit, l'interne renouvela l'injection, avec difficulté, de 8 grammes de chloral. Une nouvelle résolution des muscles contracturés eut lieu. A midi, un nouvel accès fit pratiquer une troisième injection, pendant laquelle la malade succomba. 20 grammes de chloral avaient été injectés.

A l'autopsie, la veine céphalique droite était remplie de caillots, jusqu'à son embouchure dans la veine axillaire, et celle-ci l'était de même jusqu'à son embouchure dans la veine sous-clavière. Des caillots énormes se trouvaient dans les deux ventricules. (*Soc. de chir.*, mai.)

Ce nouveau malheur est encore à la charge de la méthode de M. Oré. Elle est surtout dangereuse, suivant M. Verneuil, par la solution trop concentrée de chloral, surtout chez l'homme malade, plus disposé à la coagulation du sang, cause fréquente de mort par embolie ou par thrombose.

Dans un cas de tétanos suraigu, survenu à la suite d'une gangrène des orteils, M. Labbé injecta, dans la veine médiane, le tiers d'une solution de 10 grammes de chloral dans 10 grammes d'eau. L'opération dura seize minutes; l'injection fut faite lentement pour éviter les accès de suffocation éprouvés par le malade de M. Oré, sur lequel elle avait été pratiquée d'une manière trop brusque. Malgré cette précaution, l'opéré eut un commencement d'anxiété précordiale ; au bout de dix minutes, la résolution musculaire était complète; la température s'abaissait de deux degrés, le pouls tombait de 130 à 100; mais, dans la nuit, les accidents se reproduisaient et le malade succomba au milieu de violentes convulsions. L'autopsie ne révéla aucune lésion des parois veineuses.

Le cas de M. Oré est donc le seul succès de ce nouveau mode de traitement. Sa faible intensité en est probablement la cause, car, comme on l'a fait remarquer au début de l'emploi du chloral contre cette maladie (voy. *année* 1870), il y a des tétanos faibles, chroniques, qui guérissent par tous les moyens et des tétanos intenses, aigus, qui résistent invariablement au chloral comme à tous les autres. M. Vulpian a fait cesser ainsi sur les animaux des convulsions déterminées par la strychnine avec des injections d'une solution de 1 gramme de chloral sur 5 d'eau. Mais si la dose de strychnine dépassait 5 milligrammes, les convulsions persistaient malgré le chloral. (*Idem*, avril.)

C'est une nouvelle preuve de l'action du chloral sur les convulsions toniques du tétanos et qui confirme l'indication et l'utilité de son usage interne en potion par la voie gastrique. Mais comment le sang ne s'est-il pas coagulé au contact du chloral quand M. Porta (de Pavie) et M. Valerani disent avoir fait avec succès des injections veineuses de chloral dans les veines variqueuses, exclusivement pour obtenir leur oblitération ? — Voy. VARICES.

La différence des résultats tient-elle à la différence des doses employées? Dans tous les cas, il y a dans ce mode de

traitement des dangers d'embolie réels, outre ceux reconnus par l'opérateur.

Administré par M. Chauvel, à la dose élevée de 16 grammes chez deux blessés militaires, il n'a été d'aucun avantage. L'un a succombé très rapidement et la marche chronique des accidents tétaniques n'a pas été sensiblement modifiée chez l'autre, tandis que, dans un troisième cas, à forme chronique, le malade, soumis aux bains d'air chaud et au sulfate de morphine, guérit complétement. (*Rec. de mémoires de méd. et chir. mil.*, juillet et août.)

M. Baizeau n'a pas été plus heureux à l'hôpital d'Alger, par l'emploi simultané du chloral et des injections morphinées, chez un indigène pris de tétanos pendant la cicatrisation d'une plaie d'arme à feu. Malgré une sédation apparente, la mort est arrivée dès la seconde convulsion. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 88.)

Une preuve de son efficacité est le succès rapporté par le docteur Coryllos avec 4 à 8 grammes de chloral, administrés par la bouche. Il ne s'agissait que de la variété de tétanos intéressant les muscles de la face, des mâchoires et du cou, c'est-à-dire d'un tétanos subaigu avec accès convulsifs répétés (*Allg. Wiener med. Zeitung*, janvier). Dans ces cas, le chloral peut guérir souvent, qu'il soit administré par la voie gastrique ou rectale plutôt que par injection dans les veines; les autres calmants guérissent de même, quel que soit le mode d'administration.

L'emploi du chloral par la voie gastrique mérite d'être étudié, suivant M. Le Dentu, pour savoir s'il ne peut transformer un tétanos aigu ou subaigu en tétanos chronique. Toutefois, malgré les doses considérables de 15 à 20 grammes par jour, administrées à deux tétaniques, avec association de l'extrait thébaïque à haute dose, ces malades ont succombé comme ceux de M. Chauvel.

S'il n'a pas d'effet curatif, son absorption facile et rapide a du moins l'avantage sur les autres moyens, comme l'opium, la belladone, l'alcool, de modérer les symptômes et de placer les malades dans les meilleures conditions pour obtenir la guérison des tétanos à forme chronique. (*Soc. de chir.*, mai.)

M. le docteur Bourdy (du Mans) a guéri un tétanos traumatique chez un homme de vingt-neuf ans en adminis-

trant jusqu'à 228 grammes de chloral avec addition de 1 gr. 82 de morphine en injections sous-cutanées et par la bouche. Il croit cette association essentielle et qu'en en commençant l'usage de bonne heure, on peut transformer un tétanos aigu en chronique. Les douleurs fulgurantes dans le membre blessé, des spasmes passagers, des douleurs lancinantes dans la plaie en faisant prévoir le tétanos, autorisent à en commencer l'emploi. Plusieurs observations citées à l'appui lui montrent que tels sont ordinairement les prodromes du choléra. (*Idem.*, juin.)

Dans trois cas de tétanos traumatique, M. le docteur Baudon (de Mouy) l'a donné sans aller jusqu'aux doses extrêmes de 228 grammes; il n'a obtenu aucune sédation des accidents et la mort a suivi dans les trois cas. (*Bull. de thér.*, juin.)

Lavements de chloral. D'après l'observation faite sur un cheval tétanique, M. Mégnin, vétérinaire, conclut que la muqueuse rectale du cheval reçoit sans inconvénient et absorbe rapidement le chloral en solution au dixième, à la dose de 80 grammes par jour, répétée pendant huit jours. Par la voie gastrique, il n'a eu qu'une faible action résolutive sur les muscles contractés. La demi-résolution ainsi obtenue a permis seulement au cheval de manger et de se reposer pendant deux heures environ qu'elle a duré.

Opium et chloral. En les donnant successivement, M. Surmay a obtenu une sédation notable des secousses tétaniques qui permettent d'en tenter de nouveau l'emploi, quoique le malade ait succombé. — Voy. ANESTHÉSIE.

M. le docteur Delsol (de Palaiseau) a été plus heureux. Sur 4 blessés grièvement, 2 militaires et 2 civils, pendant la Commune, ayant été atteints de tétanos, il leur administra la potion suivante :

℞ Véhicule	150	grammes.
Chloral	4	—
Teinture d'opium	40	gouttes.

Mêlez.

Trois de ces blessés guérirent, malgré des blessures, des résections considérables. C'est donc un important succès à

l'avoir de la médication chloralo-opiacée. (*Gaz. hebd.*, n° 31.)

Injections dans l'estomac. Le succès, pour M. Rouge, est lié à l'emploi gastrique de hautes doses, soit 15 à 20 grammes, comme il le montre par un nouveau succès. De préférence aux injections intra veineuses, il propose d'essayer l'injection directe du chloral dans l'estomac à l'aide d'un fin trocart enfoncé au point de la région gastrique indiqué par Sédillot. L'aspiration, en faisant pénétrer les gaz et les liquides de l'estomac dans la seringue, ferait reconnaître, par l'odeur, que l'on est dans l'estomac, et l'on pourrait ainsi injecter et renouveler l'opération autant qu'il serait nécessaire.

Tétanos puerpéral. Observé de nouveau par M. Blachez sur une femme de quarante-trois ans, multipare et hystérique, accouchée, le 8 mars, d'un enfant chétif et ne paraissant pas à terme. Les premiers symptômes se montrèrent le neuvième jour, alors que la femme se levait depuis quatre, selon son habitude. Tous les plus graves accidents se succédèrent et elle succomba à l'asphyxie le 23 mars, malgré l'emploi du chloral, de ventouses sur la colonne vertébrale et la pulvérisation du chloroforme. Tous les détails cliniques et anatomo-pathologiques sont consignés en détail dans le travail suivant :

Du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement et à l'accouchement, thèse inaugurale, par J.-J. Lardier, Paris 1874. Recherches historiques sur ce sujet avec l'interprétation étiologique et le diagnostic différentiel avec la tétanie de Trousseau, beaucoup moins grave, qui se présente surtout chez les jeunes femmes pendant la grossesse comme pendant l'allaitement. Elle est donc indépendante de la plaie utérine qui semble la cause du vrai tétanos puerpéral atteignant le plus souvent les femmes âgées pendant la parturition et qui est le plus souvent mortel.

Chloral. Donné à haute dose par le docteur Hœpffner à une pluripare atteinte de tétanos, neuf jours après une fausse couche de dix semaines, il n'a eu aucun succès. Survenues après un refroidissement, les convulsions tétaniques n'affectaient que la face sans notable gène respira-

toire et permettaient la déglutition. Marche lente, apyrétique, pendant neuf jours, mais, dès le dixième, la maladie passe à l'état aigu malgré l'usage continu du chloral et la température s'élevant en vingt-quatre heures de 37°,8 à 42°,5, la mort s'ensuit le onzième jour. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 10.)

N'est-ce pas là une contradiction flagrante à l'efficacité de ce médicament dans le tétanos subaigu et chronique?

THÉRAPEUTIQUE. D'après M. le professeur Fleury (de Bordeaux), les expériences physiologiques, et notamment les vivisections qui éclairent le mieux sur la propriété des actes fonctionnels, ne sont généralement praticables que sur des animaux autres que l'homme, et l'induction analogique en vertu de laquelle on conclut de l'animal à l'homme peut ne pas être rigoureuse. De ce que l'expérimentation physiologique démontre que, à l'état de santé, telle ou telle substance possède sur l'organisme vivant une détermination positive, il ne s'ensuit pas nécessairement que cette même substance, administrée en médicament dans une maladie donnée, ne produira pas des effets différents de ceux que l'expérience physiologique autorisait à en attendre.

L'expérimentation pathologique ou clinique elle-même ne devient une méthode certaine, qu'autant qu'elle est faite sur des sujets placés dans le même milieu et sous les mêmes influences morbides. Il serait même bon d'ajouter que la constitution et le tempérament doivent être semblables, car on voit, selon l'âge et les maladies, le même médicament cesser de produire les mêmes effets sur le même individu. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

Repos. Au lieu de la polypharmacie effrénée et empirique qui se fait en Angleterre, M. Finny recommande le repos, le sommeil, *rest*, ainsi que disent les Anglais, comme un puissant agent thérapeutique dans une foule de cas. Les sédatifs, les opiacés, les calmants, n'ont d'autre efficacité qu'en amenant la tranquillité et le sommeil, c'est-à-dire le repos du corps et de l'esprit. La saignée, les bains n'ont souvent pas d'autre action. Des exemples frappants sont cités à l'appui, notamment celui de cet étudiant atteint de variole

confluente avec purpura, placé sous les soins du docteur Stokes. La surface cutanée n'était plus qu'un vaste ulcère exhalant la plus repoussante odeur. Le délire était continu, et malgré les stimulants, le malade au dixième jour était dans un état désespéré. Il fut assis dans un grand bain tiède et l'effet en fut instantané et merveilleux, dit le savant clinicien. Le délire cessa comme par magie, c'était le délire de la souffrance, de la douleur, et le malade de s'écrier : Merci, mon Dieu, merci. Je suis au ciel, pourquoi ne l'avez-vous pas fait plutôt? L'odeur disparut, la dessiccation se fit et le varioleux guérit.

A cet exemple remarquable, on peut citer les succès du repos absolu contre les anévrysmes internes obtenus par M. Tufnell (de Dublin) (voy. *année* 1873). L'immobilité des articulations est aussi recommandée comme une des principales conditions du traitement du rhumatisme articulaire (voy. *ce mot*). Et appliquant ce principe aux maladies du système circulatoire, il montre, par des observations cliniques, comment la saignée n'est souvent efficace, dans certaines maladies du cœur, dans la congestion des organes parenchymateux, qu'en amenant le repos de l'organe. Le chloroforme, la digitale et bien d'autres médicaments n'agissent pas autrement. C'est donc là un principe essentiellement fécond, et, pour n'être pas nouveau, il ne mérite pas moins qu'on l'applique souvent avec plus d'intelligence et d'à-propos, de préférence à ces drogues dont l'action est profondément inconnue. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, février.)

Formules. En vue de simplifier la plupart des formules inscrites au Codex, M. le professeur Bouchardat supprime d'un trait de plume la plus grande partie des substances qui les composent. C'est là une exagération dangereuse. C'est ainsi que, n'attachant plus la moindre importance à la racine de cynoglosse, qui fait partie intégrante des pilules de ce nom, il la supprime, ainsi que le castoréum, le safran et la myrrhe, et remplace simplement l'opium par la morphine, et la jusquiame par l'atropine. Voici sa formule :

℞ Sulfate de morphine........................	1 gramme.
Atropine..	5 centigrammes.
Essence d'Eucalyptus........................	10 gouttes.
Miel..	q. s.

Pour 100 pilules.

Reste à savoir si cette nouvelle préparation aura les mêmes effets que les véritables pilules de cynoglosse.

THORACENTÈSE. *Nouvelle explication de l'expectoration albumineuse.* Partant de ce fait que l'action mécanique d'un épanchement pleurétique abondant gêne, trouble, arrête le cours du sang dans le poumon comprimé et détermine ainsi une plénitude générale, une stase sanguine du système veineux, même des bronches, le célèbre clinicien anglais G. Johnson voit que des caillots en résultent dans les capillaires pulmonaires et surtout dans les veines. Et, admettant qu'ils existent lors de la ponction du liquide pleural, ces caillots doivent produire un engouement hypostatique des capillaires et, comme conséquence, une transsudation séreuse dans les vésicules pulmonaires et les petites bronches. Telle est son explication qui s'éloigne, comme on voit, de l'interprétation française. La conséquence de cette doctrine, c'est que, pour prévenir la formation de ces caillots, il s'agit tout simplement de ne pas provoquer la compression, c'est-à-dire d'évacuer le liquide de bonne heure. Nouvel argument en faveur de la thoracentèse hâtive. (*British. med. Journ.*, octobre 1873.)

Mais le docteur Duffin, médecin de l'hôpital de *King's College*, réfute cette théorie par l'extrême abondance de l'épanchement dans les cas d'expectoration albumineuse, sa réapparition après quatre ponctions successives, et l'absence de coagulation supposée dans les autopsies; la présence, au contraire, du liquide albumineux du haut en bas du poumon et son expectoration momentanée.

Quant à la doctrine de la congestion et de l'œdème qui a prévalu, M. Duffin ne trouve pas que les auteurs en aient suffisamment élucidé la cause par l'intervention du pneumogastrique. Passant en revue les divers résultats expérimentaux obtenus par Legallois, de Blainville, Reid et d'autres, il ne trouve pas l'explication de ce phénomène. La compression du poumon et des vaso-moteurs lui paraît en rendre mieux compte, surtout d'après ce qui se passe sur les membres par l'emploi de l'appareil hémostatique d'Esmarch et les recherches de Ranvier sur la production de l'œdème (voy. *année* 1870). Seulement il reste à élucider la base fondamentale de cette nouvelle supposition : la présence

des nerfs vaso-moteurs des poumons. C'est à étudier. (*Idem*, mars.)

THYROÏDE. *Excision.* Afin de prévenir sûrement l'hémorrhagie qui est le principal danger de cette opération, le docteur H. Watson propose de lier les vaisseaux afférents dans leur gaîne préalablement à l'excision de la glande. Pratiquant une grande incision allant jusqu'à l'aponévrose superficielle et la comprenant, il fait la ligature médiate des vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs dans leurs gaînes et en dehors de la capsule délicate de la glande, qui en est la continuation. Elle doit donc être appliquée aussi loin que possible de la tumeur.

On ouvre ensuite la capsule celluleuse de la tumeur et on la détache dans toute son étendue, en divisant avec des ciseaux les points résistants, avec la précaution, si des vaisseaux sont ouverts, de les lier immédiatement dans leur gaîne. (*Edinburgh med. Journal* et *Archiv. de méd.*, septembre.)

TRACHÉOTOMIE. *Cautère actuel.* Fondé sur ses expériences de l'année dernière (voy. *année* 1873), M. de Saint-Germain a employé ce nouveau moyen sur un garçon de trois ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine, pour un double pied bot varus-équin. Une rougeole intercurrente suivie de diphthérite ayant rendu la trachéotomie nécessaire, elle fut pratiquée le 24 février de la manière suivante :

Le larynx bien fixé entre le pouce et le médius et appuyé sur les parties profondes, un petit bistouri boutonné, ou plutôt mousse, porté au rouge-cerise à la lampe dite d'émailleur, fut enfoncé lentement, perpendiculairement et le tranchant en bas, immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde fixé d'avance. La pénétration fut très-facile, et la sensation très-nette de résistance vaincue apprit que la membrane crico-thyroïdienne était traversée. Sans retirer le bistouri, le tranchant divisa le cartilage cricoïde et un anneau de la trachée. Une plaie très-nette en résulta, sans issue de sang et marquée par un simple sillon noir. Le dilatateur à deux branches facilita l'introduction de la canule, sans que ces manœuvres aient occasionné la perte de plus d'une demi-cuillerée à café de sang.

Pendant quatre jours, tout marcha à souhait, mais les progrès de la diphthérite déterminèrent bientôt la mort (*Soc. de chir.*, mars). C'est donc là un simple encouragement. Mais M. de Ranse craint que la capacité calorifique d'un simple bistouri boutonné ne suffise pas à traverser les tissus sans que le refroidissement ne s'en empare et que, au lieu d'agir comme cautère, la lame ne divise que comme instrument tranchant et ne préserve de l'hémorrhagie qui est le but essentiel de ce nouveau moyen. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 10.)

Aspiration par la sonde-bougie. A la suite d'une trachéotomie pratiquée chez un garçon de quatorze ans, sujet à des laryngites fréquentes, des accès de suffocation s'étant manifestés, malgré l'écouvillonnement avec l'éponge et l'expulsion de fausses membranes, M. Robinet introduisit, dans la trachée, une sonde-bougie à bout coupé n° 19, qu'il fit pénétrer d'un centimètre à chaque inspiration. Arrivé à la bifurcation, il détermine des quintes de toux si violentes, des efforts si inouïs pour respirer que la suffocation est imminente. L'air entre et sort par la sonde, dont l'intérieur se remplit de plus en plus. Profitant alors de la fin d'une expiration brusque, suivie de saccade, il applique l'indicateur sur le trou de la sonde pour faire le vide et la retire brusquement. Elle était remplie, en effet, de fausses membranes et de liquide muco-purulent. La même manœuvre est répétée cinq fois de suite avec le même succès et, l'enfant respirant mieux, la sonde put être replacée.

Nouvelle gêne pendant la nuit; nouvelle aspiration. Deux autres aspirations le lendemain amènent l'expulsion de fausses membranes sèches et colorées par le sang. C'est grâce à ce nouveau moyen que la guérison put être obtenue. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 93.)

Végétation polypiforme. Après une trachéotomie pratiquée chez un enfant de trois ans, atteint de croup, par M. de Saint-Germain, assisté de MM. Peter et Krishaber, il fut impossible, pendant trois mois, de retirer la canule, malgré l'intervention du père, médecin lui-même. L'enfant était aussitôt pris de dyspnée et de suffocation intenses; après l'enlèvement, la plaie se cicatrisa rapidement, mais, à la

moindre émotion, en se mettant en colère ou en marchant trop vite, il était pris de suffocation. Dans un de ces accès accidentels, MM. Peter et Krishaber ayant été appelés, l'enfant eut peur en les voyant, il se jeta dans les bras de son père et mourut subitement.

L'examen du larynx enlevé montra, à l'angle inférieur de la cicatrice trachéale, une petite végétation polypiforme incapable de déterminer la suffocation et la mort, mais capable de rétrécir la trachée lors d'émotions violentes.

Une mort subite dans ces circonstances est ordinairement le résultat d'un spasme laryngien. M. Blachez en relate un exemple en tout semblable, moins la concrétion polypiforme. Mais M. Bergeron a rencontré un véritable polype à l'autopsie d'une trachéotomisée, morte dans les mêmes circonstances, et ayant présenté les mêmes symptômes. (*Soc. méd. des hôpit.* et *Union méd.*, décembre 1873, n° 11.)

M. le docteur Gigon père (d'Angoulême) avait observé, dès 1862, et pnblié dans l'*Union médicale*, n° 55, un fait absolument semblable au précédent. Et présumant qu'il s'agissait de végétations polypiformes cicatricielles, il pratiqua une nouvelle trachéotomie, un mois après la première, et se convainquit de la réalité de son diagnostic. L'enfant fut sauvé. (*Union méd.*, n° 21.)

L'enseignement pratique de ces faits exceptionnels, est de ne pas retirer la canule lorsqu'il existe de la dyspnée, de la suffocation, sans examiner au moins la plaie, qu'il serait toujours prudent de cautériser profondément, même la muqueuse, afin de détruire ces végétations, ces bourgeons charnus qui peuvent se transformer en polypes, et, en cas d'accidents consécutifs à l'enlèvement de la canule, pratiquer une seconde trachéotomie comme l'a fait avec succès M. le docteur Gigon.

Cette nécessité de la cautérisation est démontrée par la nécropsie d'une petite fille, faite par M. Bouchut, six semaines après la guérison du croup par la trachéotomie. Il trouva, à la partie inférieure de la cicatrice de la trachée, non rétrécie, une végétation conjonctive, flottante, pédiculée, rose, mollasse, comme un grain de chènevis.

Un garçon de treize ans porte ainsi, depuis six ans qu'il a été trachéotomisé par M. Parise, une petite canule sans laquelle il étouffe. Il est probable qu'il y a là une végétation

pédiculée qui flotte quand la canule ne la déprime pas. Quatre fois, on a essayé de l'enlever sans pouvoir réussir. Le cathétérisme de l'ouverture fait par M. Bouchut n'a pu constater le corps étranger. L'enfant vit et respire parfaitement avec sa canule fermée ; il parle clairement et distinctement, et suit les cours du collége où il récite ses leçons à haute voix. (*Gaz. des hôp.*, n° 35.)

Un mois après la trachéotomie, faite par M. le docteur Hémey, chez un enfant de quatorze mois et demi, il survint des phénomènes de cornage laryngo-trachéal qui aboutit au rejet, dans un effort de toux, d'une végétation arrondie, polypiforme. Ce n'était pas un bourgeon charnu, interne, comme il s'en était développé au dehors; l'aspect de ce petit corps, sa forme, son volume, sa couleur, sa coupe, sa composition examinée au microscope, ont démontré à M. Millard qu'il s'agissait d'un petit caillot sanguin, polypiforme, resté adhérent à la plaie trachéale. C'est donc là un troisième fait, en peu de temps, d'un accident méconnu avant M. Gigon.

Deux autres faits semblent avoir été observés par M. Delore (de Lyon) et le docteur Périer. Il s'agit, dans le premier cas, de bourgeons charnus pédiculés, développés après la trachéotomie, et qui produisaient par leur déplacement des accès de suffocation. Dans le second, la trachéotomie dut être pratiquée une deuxième fois. (*Journ. de thér.*, n° 15.)

TRANSFUSION. Un grand bruit se fait de nouveau sur ce moyen de révivisceence. Il semble que, comme autrefois, toutes les maladies en sont tributaires et peuvent en être améliorées, sinon guéries. Et ce n'est plus seulement avec le sang de l'homme à l'homme qu'on l'emploie, mais avec celui des animaux, soit pur ou défibriné. Partout une impulsion nouvelle a été donnée à cette méthode. Des expériences ont été faites, et de nouveaux instruments imaginés en vue de simplifier cette opération et de la rendre plus sûre. A celui de M. le docteur Moncoq ont succédé ceux de MM. Casse (de Bruxelles), Mathieu (de Paris) et tant d'autres modifications qu'il serait trop long d'énumérer ici. Notons simplement les principaux résultats obtenus.

A cette proposition toute récente que le sang des animaux pouvait être mélangé, sans danger, au sang humain, le doc-

teur Landois de Greifswald s'est mis à expérimenter cette transfusion du sang de l'homme et de divers animaux entre eux, pour en constater les effets. Le chien reçut ainsi le sang du mouton, du chat, du cochon d'Inde, de l'homme, de la grenouille, du veau et du pigeon; le lapin celui du lièvre, du mouton, du veau et de l'homme, et le mouton celui de l'homme. Tous ces divers sangs furent aussi transfusés séparément à la grenouille ainsi que celui du brochet et la *Rana esculenta* reçut même celui de la *Rana temporaria*. Or il en est résulté ce fait constant: 5 à 8 centimètres cubes de sang défibriné de mammifère mis ainsi en contact par la transfusion avec celui de la grenouille, est privé de globules en quelques minutes. Examiné au microscope à divers intervalles, ce sang présente des globules en abondance immédiatement après la transfusion pour disparaître ensuite dans un intervalle variable suivant le sang de l'animal injecté. En trois à cinq minutes avec celui du lapin, en vingt avec celui du cochon d'Inde, de vingt à vingt-cinq avec celui du mouton, en trente avec celui de l'homme, en trente-cinq avec celui du veau et une heure avec celui du chien. Les globules du sang de brochet résistèrent trente-six minutes et ceux du pigeon quatre-vingts. Ainsi se trouve établi le degré de résistance des globules de ces différents sangs.

Par cette dissolution globulaire, l'hémoglobine se retrouve dans le sérum du sang de la grenouille qui prend une couleur de cire rouge à cacheter, laquelle persiste pendant une semaine par l'injection du sang de l'homme, du lapin et du pigeon. Dissoute ainsi, cette hémoglobine est graduellement excrétée surtout par l'urine. Elle donnait ainsi des traces de sang, sept jours après la transfusion du sang humain, et elle était albumineuse le huitième jour après la transfusion du sang de veau. La transfusion du sang d'une autre grenouille, avec ou sans fibrine, ne fut pas suivie d'albuminurie.

Le simple mélange du sang ou du sérum de la grenouille avec du sang, défibriné ou non, d'autres animaux, examiné au microscope, détermine également la dissolution des globules. On les voit se denteler et agités de mouvements moléculaires, diminuer graduellement de volume et pâlir de plus en plus jusqu'à être réduits au stroma et à dispa-

raître complètement. Le sérum rougit alors. Les débris du stroma s'agrégent en masses et peuvent ainsi déterminer des embolies et consécutivement des symptômes inflammatoires. M. Landois est ainsi disposé à leur attribuer la paralysie des membres inférieurs et le trouble, la faiblesse des centres nerveux qu'il a observés chez les grenouilles après ces transfusions.

Cette interprétation semble d'ailleurs confirmée par ce fait que la dissolution des globules du sang des mammifères, parfaitement défibriné, donne encore de la fibrine. Le mélange de quelques gouttes de sang de lapin, parfaitement défibriné par exemple, introduites dans quelques centimètres cubes de sérum de grenouille, prend rapidement une couleur rouge, et un dépôt de fibrine ne tarde pas à se former. Les mêmes changements s'observent sur le mésentère, les poumons et dans la vessie de la grenouille curarisée.

Pour s'assurer de la part des globules rouges du sang de la grenouille dans ce phénomène, M. Landois lui a transfusé du sérum de mammifère privé de globules rouges autant que possible. L'urine devint sanguinolente pendant plusieurs jours et donna des traces d'albumine le septième jour. Elle fut seulement albumineuse avec de petites quantités de sérum du sang humain et du mouton.

D'où cette conclusion que le sérum du sang de beaucoup de mammifères dissout les globules du sang d'autres mammifères. Que celui du chien est le plus actif et celui du lapin le moins à cet égard, tandis que les globules de celui-ci sont le moins résistants et ceux du chien et du chat le sont le plus. Cette dissolution globulaire est d'ailleurs plus rapide, toutes choses égales, à la température normale du sang qu'à un degré inférieur (*Centralblatt.*, décembre 1873). Au point de vue pratique, ces expériences montrent donc qu'il peut y avoir du danger à transfuser le sang des animaux à l'homme, mais sans en donner la preuve.

Après plusieurs expériences sur les animaux avec le sang défibriné, M. le docteur Casse (de Bruxelles) l'a employé avec succès sur trois femmes anémiques en se servant à cet effet d'un appareil des plus simples. C'est un récipient gradué dont la partie inférieure communique par un tube de caoutchouc avec la canule introduite dans la veine du malade; l'élévation ou l'abaissement suffit pour augmenter ou dimi-

nuer la colonne sanguine et à régler ainsi à volonté la rapidité de la transfusion, sans poussée, ni saccade, ni aucune difficulté. Tout praticien de campagne peut ainsi s'en servir et opérer seul la transfusion dans les cas d'urgence. (*Presse méd. belge*, n° 18.)

Une opposition énergique s'est manifestée de toutes parts, comme on le verra, contre l'emploi de ce sang défibriné. Le sang, dit Albini, n'est pas un liquide quelconque, c'est un tissu vivant et, en le défibrinant, on le tue selon toute probabilité à coups de bâton. On y préfère généralement le sang d'agneau qui a été transfusé directement aux aliénés en Italie et préconisé comme un antidote de la phthisie en Allemagne. — Voy. ALIÉNATION MENTALE, PHTHISIE.

Une commission nommée par la Société obstétricale de Londres pour étudier ce sujet, admet les quatre procédés connus de transfusion de sang défibriné et non défibriné, de veine à veine et d'artère à veine. L'emploi du sang défibriné jouit d'une grande faveur et ses partisans invoquent surtout l'utilité de l'oxygène renfermé dans les globules, tandis que la fibrine est considérée comme un obstacle à la transfusion par la coagulation. La pyohémie s'est pourtant montrée dans beaucoup de cas à la suite de cette transfusion, tandis que, sur quinze transfusions de sang non défibriné, M. Higginson (de Liverpool) a obtenu dix succès.

Pour la transfusion immédiate de veine à veine, M. Aveling emploie un appareil qui en fait une simple anastomose. C'est un tube de caoutchouc muni d'une ampoule au milieu avec une canule à chaque extrémité. Il suffit de presser sur l'ampoule pour activer le passage du sang d'une veine dans l'autre en diminuant le danger de coagulation et d'introduction de l'air.

Quant au procédé de M. A. Guérin, il n'a pas reçu jusqu'ici meilleur accueil au delà du détroit qu'en deçà. (*Obst. Society.*)

D'une discussion sur ce sujet soulevée à l'Académie de médecine de New-York par M. Fordyce Barker, il résulte que, sur six transfusions pratiquées jusqu'ici dans cette ville, aucune ne fut suivie de succès. Dans un cas où 224 grammes avaient été transfusés immédiatement par M. Austin Flint fils, la vie s'est prolongée de douze à seize heures. Mais pour lui comme pour M. Béhier, la transfusion ne peut être utile

qu'en étant directe, c'est-à-dire s'opérant d'un individu sain sans que le sang soit refroidi ni défibriné. L'introduction de 128 à 256 grammes de sang a parfois ainsi rendu la vie à des mourants par épuisement; c'est par les globules rouges, en portant l'oxygène dans la circulation, que semble s'opérer la révivification. Ils donnent ainsi un élan à la circulation en lui fournissant directement une partie de l'oxygène qu'il lui faut; s'ils ont d'autres fonctions, on ne les connaît pas. (*New-York med. Record.*)

Un succès éclatant obtenu par M. Béhier, le 29 janvier, dans la clinique de l'Hôtel-Dieu, sur une femme de vingt et un ans, mourante d'une métrorrhagie incoercible avec vomissements, a fourni l'occasion au professeur de faire une leçon intéressante sur ce sujet important. Après une revue historique signalant bien la vogue et le discrédit de ce moyen thérapeutique, il montre que le danger de l'aspiration de l'air n'a lieu que dans les veines près du thorax et qu'il suffit de n'en point injecter pour le prévenir. Le sang défibriné est impropre pour lui à la transfusion et peut contenir les caillots dont il doit précisément empêcher la formation. La statistique montre l'avantage de l'emploi direct du sang humain ainsi que l'opinion des plus judicieux praticiens.

Décrivant les principaux appareils servant à la transfusion, dont il montre les avantages et les inconvénients, il opte pour celui de Moncoq, modifié par M. Mathieu, qu'il employa. La ponction de la veine du malade, surtout après l'avoir mise à nu, lui paraît pouvoir être remplacée, pour plus de facilité et de sécurité, par la saignée ordinaire et l'introduction consécutive de la sonde. Moins de 100 grammes de sang doivent toujours être injectés à la fois et assez lentement. S'arrêter surtout dès qu'une petite toux sèche apparaît, signe de congestion pulmonaire, prélude des accidents asphyxiques qui se manifestent et amènent la mort. 80 gram. de sang ont suffi dans ce cas pour en donner le prélude, mais dont la malade a bientôt triomphé. L'hémorrhagie et les vomissements se sont arrêtés aussitôt. (*Revue scient.*, n° 36.)

On ne peut que s'étonner qu'une si faible quantité de sang ait suffi après des pertes abondantes à rappeler la vie, et ait fait cesser les accidents. L'efficacité ne vient-elle pas plu-

tôt de l'opération elle-même et de l'excitation qui en résulte que de la faible quantité de sang transfusé?

Quant à l'appareil, il présente ce grave inconvénient que, si l'on est obligé de suspendre la transfusion, le sang de la veine ne peut être suspendu également, à moins de faire autant de saignées que de suspensions, et, en continuant de couler pendant ces intervalles, il y a danger qu'il se coagule, pour peu que l'arrêt se prolonge durant plusieurs minutes.

M. Béhier préfère ainsi la transfusion du sang veineux à celle du sang artériel, vantée récemment par Hüter, et celle du sang d'animaux, de veau, de chien ou de mouton, comme M. Hasse dit l'avoir fait avec succès. Il résulte, en effet, de son mémoire qu'il a exécuté quinze transfusions immédiates de la carotide de l'agneau dans la veine du malade, en 1872 et 1873. C'était sur des phthisiques, des anémiques, des chlorotiques. Un seul cas de mort en est résulté et encore cette mort est-elle attribuée plutôt à la maladie qu'au remède.

Seize cas de transfusion de sang veineux humain défibriné, exécutés de 1869 à 1872 par le même auteur, lui ont donné des résultats non moins satisfaisants. Mais il préfère néanmoins la transfusion immédiate du sang artériel de l'agneau, comme ne présentant aucun danger d'embolie et comme étant d'un effet plus puissant et permanent sur l'état de faiblesse du patient. Aussi en laisse-t-il passer autant qu'il peut en supporter et que les symptômes signalés par M. Béhier apparaissent.

Ces nombreux succès sont au moins aussi étonnants que l'emploi si fréquent d'une opération aussi dangereuse. Ils le sont surtout par les résultats comparatifs obtenus par d'autres.

Un succès aussi inexplicable a été obtenu le 7 avril par M. le docteur Molinier (de Dreux), sur une femme de quarante-trois ans, atteinte de fibrômes utérins amenant des pertes fréquentes. Une de ces pertes l'affaiblit à ce point qu'en quelques heures, l'insensibilité était complète, la respiration suspirieuse, le pouls imperceptible; l'agonie commençait. Avec un seul aide et l'appareil Moncoq, du sang fut pris sur le fils de la malade et 60 grammes furent injectés. Les lèvres se recolorèrent aussitôt, le retour de la

connaissance n'eut lieu que le lendemain. Le troisième jour, du vin et du bouillon furent pris, et, à partir de ce moment, le mieux a continué très-lentement au point de pouvoir faire une promenade en voiture quarante-quatre jours après. (*Gaz. des hôp.*, n° 60.)

Contrairement aux indications de M. Béhier, M. Brouardel a pu injecter directement, sans aucun accident pulmonaire, 150 grammes de sang d'un des élèves du service chez un jeune homme de dix-huit ans. Immédiatement, le nombre des hématies a augmenté ainsi que le pouls, et les tracés sphygmographiques se sont accentués. Les altérations organiques de l'estomac, suite d'un empoisonnement, paraissent avoir déterminé la mort, survenue environ quarante-cinq heures après la transfusion. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1873, et *Union méd.*, n° 9.)

Della trasfusione del sangue praticatasi negli alienati del manicomio di Alessandria, relation faite au Congrès psychologique d'Imola, le 23 octobre 1874, des transfusions de sang d'agneau, faites chez les aliénés, par le docteur C.-L. Ponza, médecin en chef de l'asile d'Alexandrie ; brochure in-4° de 39 pages avec 4 planches représentant les instruments et le manuel opératoire. Alexandrie.

Cette nouvelle application de la transfusion, faite avec succès, en Italie, rend ce mémoire intéressant. Plus de 60 transfusions, exécutées déjà en divers lieux, dont 25 par le docteur Rodolfi (de Brescia), sur 16 aliénés, sans aucun accident, suivies de quelques guérisons, semblent promettre un certain avenir à cette médication spéciale.—Voy. ALIÉNATION MENTALE.

Transfusion instantanée du sang, par le docteur Moncoq, un volume in-8°, Paris. L'historique du sujet et la description de l'instrument propre à l'auteur sont les points principaux de cet ouvrage.

TRÉPAN. Trépanation de la cornée. — Voy. STAPHYLÔME.

Trépanation préventive. — Voy. PLAIES.

TUBERCULOSE. *Inoculation.* De nombreuses expériences d'inoculation de produits tuberculeux, faites sur 20 cochons d'Inde, par le docteur Carpani, il résulte que des lésions pulmonaires, ayant une certaine analogie avec les tubercules miliaires de l'homme, sont un fait fréquent mais non constant. Des produits non tuberculeux lui ont donné d'ailleurs un résultat identique, comme à d'autres expérimentateurs, et notamment M. Burdon-Sanderson. Les résultats sont en outre en rapport avec l'intensité des phénomènes locaux. On peut donc douter de la nature vraiment tuberculeuse de ces produits. (*Lo Sperimentale,* avril.)

Non-inoculabilité. Revenant sur les attaques faites de part et d'autre contre l'inoculabilité du tubercule, M. le docteur Metzquer annonce avoir fait, pendant cinq ans, 70 à 80 expériences appuyées de l'autorité de M. Feltz, et constamment négatives. Jamais le tissu cellulaire n'a été atteint. Toutes les altérations se trouvent dans les alvéoles sous forme de pneumonie ou d'infarctus au dehors. A la période extrême, ces tumeurs se confondent, et c'est ainsi que l'on a pris pour du tubercule ce qui n'en était pas. En négligeant l'observation thermométrique sur ces animaux mis en expérience et en les tuant tous sans suivre les progrès du mal, M. Villemin a infirmé les résultats qu'il a donnés comme des preuves. (*Acad. de méd.,* août.)

Ces nouvelles attaques faites avec assurance et netteté ne peuvent manquer de faire impression en venant s'ajouter aux autres résultats expérimentaux contraires à l'interprétation de l'inoculabilité de la tuberculose.

Transmission par les voies digestives. De nouveaux faits ont été produits sur cette question si agitée. Pour éviter les objections faites aux expériences sur les vaches et les lapins, en ce que ces animaux sont très-exposés à la tuberculose, et que la violence est employée pour leur ingurgiter la matière tuberculeuse, M. Saint-Cyr l'a fait prendre à deux porcs d'une même portée, âgés de six semaines, en leur en donnant à trois reprises différentes jusqu'à 200 grammes. Après trois mois, l'un d'eux a toussé, a maigri graduellement; et, tué par hémorrhagie, dix jours après le début de ces symptômes,

on a trouvé des lésions tuberculeuses sur les poumons, les plèvres, le foie, la rate, etc. Des lésions semblables ont été constatées au microscope sur le second, quoique paraissant jouir d'une santé parfaite, sans toux ni amaigrissement. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, février.)

D'accord avec les résultats des expérimentateurs allemands Gerlach, Leissering et Klebs, ces faits sont en contradiction avec ceux plus récents de M. Colin. Il est vrai que ses porcs ont pu être regardés comme non tuberculeux, d'après leur santé apparente (voy. *année* 1873). Il faudrait les conserver longtemps après l'expérimentation, sinon les tuer pour juger du résultat, car ils pourraient peut-être même guérir par résorption de la matière tuberculeuse après un certain temps.

Par contre, M. Viseur (d'Arras) a réussi sur les chats cinq fois sur six, contrairement aux auteurs allemands et à M. Jacquet (de Lyon), qui n'a eu que des insuccès sur des chats et des souris.

L'intestin grêle, les ganglions mésentériques, la rate, le poumon, les ganglions bronchiques, etc., étaient atteints de lésions tuberculeuses très-accentuées, dont la nature a été confirmée au microscope par M. Paul Bouley.

Pour plus ample démonstration aux sceptiques, M. Viseur a mis en loge deux nouveaux jeunes chats à l'abattoir d'Arras, faisant partie d'une portée de trois, dont le dernier est resté libre. Soumis exclusivement au régime de la viande fraîche, composée de débris de poumons de vaches tuberculeuses, au moins une fois par semaine, du 11 juillet au 30 août 1874, les deux chats ont maigri, quoique ayant de l'appétit, et sans malaise évident. Un seul toussait à la fin. L'autopsie, faite par M. Chauveau, a montré des ulcérations et des points caséeux de toutes les plaques gaufrées de l'intestin. Le péritoine, les lymphatiques et le mésentère étaient semés de granulations types. L'appareil ganglionnaire était surtout altéré, tandis que le foie et la rate étaient sains. Des nodules gris transparents farcissaient les poumons, sans rien d'analogue dans le reste de l'appareil. Le jeune chat est donc, comme le veau, susceptible de se tuberculiser par infection digestive, surtout avec les poumons de l'espèce bovine. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Pour confirmer les résultats expérimentaux de l'année

dernière (voy. *année* 1873), M. Chauveau a fait sucer de la matière tuberculeuse en petite quantité, à deux autres jeunes veaux de lait, exempts de toute tare héréditaire. Sacrifiés six semaines après, dans un état de santé excellent, ils présentèrent des tubercules, l'un dans les ganglions mésentériques, l'autre au sommet des poumons ; d'où il conclut à la contagion. (*Assoc. française*, 1874.)

Il est évident que, dans ces conditions, la transmissibilité par les voies digestives n'échappe pas plus que l'inoculation aux reproches de M. Metzquer, de sacrifier les animaux avant d'avoir pu juger de l'effet et de la nature du mal. Ce critérium clinique ne serait-il pas plus concluant que le microscope et la nature histologique des altérations sur laquelle les opinions sont si variées?

Transmission. Sur 21 cas de ganglions bronchiques ou mésentériques tuberculeux constatés chez des nourrissons, M. le docteur Lorey (de Francfort), ayant constaté treize fois la tuberculose chez la mère et quatre fois chez le père, en conclut qu'il y a plus qu'une prédisposition, mais une transmission réelle des parents aux enfants pendant la vie fœtale. L'autopsie d'un nombre considérable de nourrissons de souche tuberculeuse lui a montré, *le plus souvent*, les ganglions bronchiques tout à fait sains quand la tuberculose venait du père, mais, à l'exception de deux cas, ils étaient toujours caséeux quand la mère était tuberculeuse. Telle est l'influence morbide de celle-ci, qu'elle *peut* même infecter son enfant avant de présenter elle-même des signes évidents de la maladie.

Au point de vue pratique, ces observations, si leur interprétation est exacte, auraient une grande importance, car le dépérissement d'un nourrisson, malgré les bonnes conditions où il se trouve, devrait faire soupçonner et rechercher quelque dégénérescence caséeuse des ganglions et la tuberculose chez la mère qui, sans en présenter des signes évidents, devrait être soumise à un traitement préventif de l'explosion de la maladie.

Ulcère tuberculeux de la langue. Dans un cas de ce genre observé par M. C. Paul à l'hôpital Saint-Antoine sur une femme à la dernière période de la phthisie, le microscope

ne révéla, après la mort, aucune trace de tubercules sur cette ulcération. Mais ces ulcérations n'en sont pas moins tuberculeuses, tout en ne présentant que les caractères de lésions inflammatoires. La tendance des tubercules à s'ulcérer doit rendre d'ailleurs cette complication assez fréquente, dit M. Martineau. C'est ainsi qu'on rencontre ces ulcérations dans toute l'étendue du canal digestif. (*Soc. méd. des hôp.*)

Ces ulcérations peuvent même apparaître primitivement avant la manifestation sensible de la tuberculose et guérir tout en étant sous l'influence de la diathèse. Un homme très-robuste, malgré quelques excès alcooliques, entra ainsi à trois reprises à l'hôpital Necker, présentant en 1872 une ulcération sur le bord gauche de la langue. Considérée comme un épithélioma, elle fut traitée par l'iodure de potassium et guérit, mais pour se reproduire quelques mois après sur le bord opposé. Bords déprimés, points jaunâtres au fond. M. Laboulbène reprit l'usage de l'iodure de potassium et toucha l'ulcère avec la teinture d'iode. Il n'y avait encore aucune trace de tubercules pulmonaires. Le malade sortit de nouveau très-amélioré, mais il reparut ensuite avec tous les signes de tubercules pulmonaires qui se sont développés dans la poitrine sans trace d'ulcération sur la langue cette fois. (*Idem*, juillet et *Union médic.*, n° 120.)

Chez une malade entrée à l'hôpital Lariboisière le 24 février dernier, M. M. Raynaud constata les signes de tubercules en voie de ramollissement aux deux sommets des poumons, lorsque, le 16 mars, elle se plaignit d'avoir mal à la langue. On trouva, sur la pointe et les deux faces, plusieurs petites taches arrondies, non saillantes et d'une couleur blanc jaunâtre. En quelques jours, ces taches s'agrandirent, puis s'ulcérèrent, se confondirent les unes avec les autres et formèrent, à la pointe de la langue, un véritable ulcère à bords irrégulièrement frangés et à fond grisâtre et pultacé. On pouvait croire encore qu'il ne s'agissait là que d'une stomatite aphtheuse. Mais, au 31 mars, toutes les ulcérations s'étaient rejointes, il y avait sur la partie médiane de la pointe de la langue une large perte de substance qui avait emporté toute l'extrémité de l'organe et laissait une surface assez large, ressemblant à celle qu'aurait produite

une section transversale faite avec les dents. Le fond de l'ulcère était grisâtre et pultacé. Dans la région sus-hyoïdienne, des ganglions se développèrent.

Le nitrate d'argent fut employé topiquement sans résultat. Les applications d'éther sulfurique amenèrent un peu de soulagement aux douleurs (c'est le traitement usité en Amérique contre les aphthes). Sous l'influence de 4 grammes de chlorate de potasse administrés à l'intérieur, la plaie se détergea un peu et prit un meilleur aspect ; des bourgeons charnus se montrèrent, mais, arrivée à ce point, l'ulcération resta stationnaire.

Pendant ce temps, l'état des poumons empirait, une perforation pulmonaire se produisit et le 19 avril la malade s'éteignait dans le marasme.

L'examen de la langue montra l'existence de nombreux tubercules miliaires disséminés au milieu et dans l'épaisseur du tissu musculaire. Ces nodules grisâtres sont disposés dans une épaisseur de 12 à 15 millimètres, les uns isolés, les autres groupés par deux ou trois. Le microscope démontre qu'il s'agit bien là de tubercules gris développés dans le tissu conjonctif intermusculaire.

Cette lésion typique a été parfois méconnue et prise pour une lésion syphilitique ou un cancroïde, surtout lorsqu'elle était le phénomène initial de la tuberculisation et que la phthisie pulmonaire ne se développait que plus tard. Rapprochant ces faits des expériences d'inoculation du tubercule, M. Raynaud s'était autrefois demandé si cette lésion de la langue n'était pas un des modes d'invasion de la diathèse tuberculeuse, si ce n'était pas là en quelque sorte l'accident primitif de la tuberculose, en supposant que la langue excoriée à un moment donné ait subi l'inoculation de matières tuberculeuses. Cette hypothèse séduisante est immédiatement infirmée par l'observation précédente, puisque la malade était depuis longtemps atteinte de phthisie pulmonaire avant que l'ulcération linguale ne se développât. La lésion de la langue perdait donc, dans ce cas, son rang de lésion maîtresse et primitive pour n'être qu'un accident épisodique de la diathèse.

Le traitement par les topiques, on le conçoit par la nature et la disposition de la lésion, ne peut avoir aucune efficacité. L'excision seule serait bonne si l'état général, qui pré-

side à l'évolution de l'ulcère, n'était pas par lui-même une contre-indication formelle.

M. Vidal a rencontré récemment, à l'hôpital Saint-Louis, un cas d'angine tuberculeuse chez une femme depuis longtemps frappée de phthisie pulmonaire. On voyait sur la luette et le voile du palais des granulations miliaires, et un peu plus haut une ulcération antéro-postérieure à surface granulée, grisâtre.

En 1862, il avait également observé à l'Hôtel-Dieu un cas très-manifeste d'infiltration tuberculeuse du voile du palais. (*Idem.*)

C'est par une éruption de tubercules miliaires sur le voile du palais et la luette que M. Bucquoy a vu commencer la tuberculisation. Quinze jours après, les poumons se sont pris et le malade est entré rapidement dans la cachexie tuberculeuse.

Ces lésions tuberculeuses buccales sont remarquables par l'aspect de la muqueuse. Sans gonflement ni rougeur inflammatoires, elle est chagrinée et recouverte, dans les points malades, d'une foule de petites pustules blanchâtres isolées ou confluentes. Dans les points ulcérés, la muqueuse présente une perte de substance superficielle recouverte d'une matière pultacée, grisâtre. Les bords en sont assez nets. C'est la *granulie pharyngo-laryngée* de M. Isambert, rattachée par lui à la diathèse scrofuleuse (voy. *années* 1872-73). Elle se manifeste sous la forme de phthisie laryngée aiguë et chronique. L'élément tuberculeux existe dans la première, tandis que l'élément inflammatoire est prépondérant dans la seconde. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Ulcère tuberculeux de l'estomac. Si l'ulcère simple et l'ulcère cancéreux de l'estomac n'ont pas, dans quelques cas, des signes bien distincts et offrent ainsi de grandes difficultés pour le diagnostic, comme M. le docteur Révillout l'a établi par une série d'exemples pris dans les hôpitaux de Paris (*Gaz. des hôp.*, août), l'ulcère tuberculeux ajoute encore à ces difficultés, autant par sa rareté que par l'absence de tout signe distinctif. Un brigadier de douanes, de quarante-sept ans, entre ainsi à l'hôpital de Cherchell le 5 mai 1874 pour des vomissements rebelles dont le début remonte à huit ans. Des douleurs vives, lancinantes, au

creux épigastrique se manifestent après chaque repas n'importe ce qu'il mange, liquides ou solides ; l'estomac se gonfle, se ballonne, et, dans l'espace de dix minutes à une heure, les aliments sont rejetés brusquement en laissant une saveur très-acide.

Au toucher, la douleur s'exaspère et se localise vers l'hypochondre droit. Tympanisme stomacal très-étendu ; foie très-petit.

Profondément émacié, les muqueuses décolorées, la voix presque éteinte, ce malade n'a pas la teinte cachectique jaune paille du cancer. La douleur xiphoïdienne et le point vertébral manquent ainsi que les vomissements bilieux de l'ulcère simple, ces deux altérations sont donc exclues. Le traitement n'apporte qu'une amélioration passagère ; puis le ventre se météorise, les vomissements deviennent incessants et mélaniques, avec infiltration générale et la mort a lieu quarante jours après.

A l'autopsie, une tuberculisation généralisée de tout l'abdomen se présente. Un anneau dur, presque cartilagineux, d'un centimètre d'épaisseur, existe à l'orifice pylorique. Les ganglions mésentériques et bronchiques sont farcis de granulations miliaires dures et de masses caséeuses (*Gaz. des hôp.*, n° 108). Les symptômes du rétrécissement étaient donc plus saillants que ceux de la tuberculisation qui n'ont pas de caractères distinctifs.

Ulcère tuberculeux de l'anus. Chez quatre tuberculeux plus ou moins avancés, M. Féréol a constaté sur le côté de la marge de l'anus un ulcère de la largeur d'une pièce de 1 à 5 francs. Il est ordinairement aplati ou peu profond, à fond grisâtre et anfractueux, sans diverticulum profond, semé de petites granulations jaunâtres, bords rouges, inégalement frangés, sans décollement ni tendance à former fistule.

Quoique ressemblant au chancre mou, ces ulcérations n'étaient nullement syphilitiques ni vénériennes, c'est-à-dire pédérastiques, comme M. Féréol s'en est assuré. Quelques malades étaient hémorrhoïdaires ; aucun n'avait de fistule anale. Les quatre cas, observés en quelques années semblent témoigner qu'en le cherchant, on le trouverait assez fréquemment. (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin.)

Par son siége autant que par ses caractères spéciaux, cet ulcère tend à se rapprocher, suivant l'auteur, de celui de la langue, de la bouche, du pénis, que l'on observe également chez les tuberculeux. M. Hillairet en a signalé un à la verge, et M. Bourneville derrière l'oreille. Ce serait donc un ulcère spécial des orifices des tuberculeux dont la diathèse pourrait bien être la cause, car il s'observe surtout chez les phthisiques avancés. Des recherches cliniques dans ce sens ne manqueront pas d'éclairer ce problème.

Ulcération tuberculeuse de la conjonctive. Le docteur Sattler en a observé le premier exemple à la clinique ophthalmologique du professeur Arlt, sur un homme pâle et délicat, atteint d'un enrouement chronique. Il se plaignait d'une sensation de brûlure dans l'œil gauche. Les paupières étaient rouges et gonflées, ainsi que la conjonctive palpébrale et oculaire, surtout celle-ci sous la paupière inférieure. Plusieurs ulcérations se distinguaient. La plus grande mesurait deux lignes de long sur une de large; les bords en étaient coupés à pic, avec une exsudation grisâtre au centre, sans inflammation très-marquée autour.

On pensa d'abord à la syphilis, et ces ulcères furent traités comme tels, mais en vain. Une ulcération du larynx, reconnue comme tuberculeuse par le professeur Schrotter, modifia le diagnostic, ainsi que la formation de nouvelles ulcérations oculaires et l'extension des anciennes. Un point blanc grisâtre et légèrement saillant apparaissait d'abord sur la conjonctive; il jaunissait en s'étendant et en s'ouvrant à la surface, produisait une ulcération comme une tête d'épingle, qui, en s'étendant, se confondait avec d'autres.

L'autopsie vint éclairer la clinique. Aucune trace de syphilis n'existait, et l'on trouva, au contraire, d'anciennes cicatrices tuberculeuses dans les poumons, avec de nombreuses masses crétacées, jaunâtres, isolées ou groupées. Des ulcérations de même nature furent rencontrées dans le cæcum et le côlon ascendant. Le bord libre de l'épiglotte était enlevé comme à l'emporte-pièce, et la membrane muqueuse du larynx était ulcérée.

Le microscope montre une infiltration cellulaire intense de la conjonctive. Des collections de cellules rondes entas-

sées furent constatées dans le tissu conjonctival et sous-conjonctival. La périphérie en était plus rapidement colorée par le carmin que le centre. Les cellules de la périphérie étaient riches en protoplasma et contenaient plusieurs noyaux, tandis que le centre était rempli de petites cellules à un noyau et les débris de ces cellules. Les plus profondes contenaient des éléments bien formés, tandis que les plus superficielles étaient en dégénérescence. De là la production des ulcérations. Elles pénétraient profondément dans la paupière supérieure et comprenaient les glandes de Meïbomius. Il n'y avait qu'une légère inflammation autour et aucune trace de réparation de la perte de substance. (*Irish hospital Gaz.*, 1er avril.)

Tuberculose aiguë généralisée. *Confusion avec la fièvre typhoïde.* Chez une femme de trente-cinq ans, malade depuis quinze jours, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon, le 27 février, M. le docteur Clément constate : céphalalgie très-vive, bourdonnements d'oreilles, surdité, vertiges, affaiblissement de la mémoire, pas de photophobie ni d'expression typhique. Râles humides, expectoration muqueuse et aérée, pouls petit, épistaxis. Langue large, uniformément blanche, pas de douleur dans les fosses iliaques, ni constipation, ni diarrhée; nausées sans vomissements, angine, peau chaude, température à 39°,9, non croissante.

Un peu de gargouillement avec douleur se manifestant dans la fosse iliaque droite les jours suivants, avec céphalalgie intense, face vultueuse, traits immobiles, sans délire ni agitation, langue fuligineuse, on conclut à une fièvre typhoïde après consultation des médecins de l'hôpital. On était alors en pleine épidémie. La malade fut soumise aux bains froids qui amenèrent de la sédation des phénomènes nerveux. Mais, dès le cinquième jour, l'agitation se manifesta, et le lendemain la malade succombait.

L'autopsie montra une congestion intense de la surface du cerveau avec de nombreuses granulations grises; trois ou quatre petites ulcérations dans l'iléum et deux autres plus grandes à la fin, avec un semis de granulations grises : adhérences avec induration des parties supérieures des poumons, infiltration généralisée de granulations grises. (*Lyon méd.*, n° 17.)

Il est évident que le diagnostic a été influencé ici par le règne épidémique sans une base symptomatique bien définie, puisque la température n'a jamais atteint 40 degrés, et qu'elle est descendue à 38 degrés dès le second bain. Cet exemple doit pourtant servir à mettre en garde contre une pareille méprise.

TUBULHÉMATIE RÉNALE. Nouvelle entité pathologique du nouveau-né décrite par M. Parrot. Elle est caractérisée : cliniquement par des troubles encéphalopathiques, une coloration bronzée de la peau, une altération du sang et de l'hématurie ; anatomiquement par la présence dans les tubules des reins de globules rouges du sang, d'où le nom qui lui a été imposé.

C'est la maladie observée épidémiquement à la Maternité de Lyon, en 1873, par MM. Laroyenne et Charrin, et non dénommée par eux (voy. Maladies, 1873). Elle diffère essentiellement, au point de vue anatomique du moins, de l'encéphalopathie ou thrombose veineuse, car ici ce sont les veines et le réseau capillaire qui sont remplis de sang. La tubulhématie reconnaît pour cause une altération du sang et des globules rouges en particulier, tandis que l'athrepsie prend sa source dans des troubles digestifs (voy. Encéphalopathie, 1873). Pourtant les deux lésions peuvent être observées sur le même sujet.

Voici une observation rapportée par l'auteur de cette nouvelle..... organopathie.

Un enfant de trois jours est pris de troubles encéphalopathiques qui persistent jusqu'à la mort, survenue après trois semaines, et notamment de convulsions épileptiformes.

Peu de temps après le début des accidents, la peau prend une coloration jaune, puis bientôt bronzée, et les urines et les garderobes ont une teinte brun noirâtre. L'examen du sang montre une diminution notable du nombre des globules rouges et des modifications dans le volume et la constitution des hématies. Les globules blancs sont plus volumineux qu'à l'état normal. Puis, après quelques jours, toutes ces altérations disparaissent et un érysipèle du cuir chevelu fait périr l'enfant, qui a perdu 908 grammes de son poids initial. La température a été presque toujours normale et a oscillé entre 37° et 36°,6 C. pendant les cinq derniers jours.

L'autopsie montre le cerveau stéatosé et ramolli, les poumons hépatisés partiellement. Petits foyers de ramollissement dans les reins. Les tubes contournés, ceux de Bellini surtout, contiennent des éléments rouges du sang, groupés et juxtaposés en assises annulaires formant des cylindres mamelonnés et creusés d'une petite cavité. Ces cylindres sont composés d'hématies; l'épithélium des canalicules est toujours situé en dehors d'eux, ou bien l'on trouve à sa place les cellules qui le caractérisent. Les calices, les bassinets, la vessie renferment des concrétions d'un vert foncé dont il est difficile de mettre en doute l'origine hématique. (*Arch. de physiol.*, 1873.)

Voilà donc une appellation anatomique au moins à la maladie singulière que MM. Laroyenne et Charrin n'avaient osé dénommer. Mais rien ne dit que, au milieu de cet ensemble de symptômes graves et variés, de ces troubles profonds du sang, ce soit là plutôt l'effet que la cause de la maladie. Pour M. Charrin, l'altération du sang dans sa couleur et sa composition est le phénomène primordial. Aucun phénomène ni aucune lésion cérébrale ne furent observés à Lyon. L'hématurie et la coloration bronzée de la peau furent les seuls symptômes, avec mort rapide. Les lésions anatomiques portaient exclusivement sur l'appareil rénal.

La cause de cette singulière maladie reste ainsi inconnue. Les enfants étaient venus au monde dans de bonnes conditions, les mères étant en santé, sauf une, atteinte de phthisie. Neuf étaient primipares et neuf multipares. L'allaitement avait été commencé et quatre seulement l'avaient cessé. Aucune épidémie puerpérale ne régnait alors à la Maternité. (*De la maladie bronzée hématique des nouveau-nés*, thèse inaugurale, par M. Charrin. Paris, 1873.)

TUMEURS. *Emploi du bromure de potassium.* — Voy. *ce mot.*

Tumeurs mélaniques. L'examen du sang et de l'urine fournit, suivant M. Nepveu, des signes de leur généralisation, c'est-à-dire la contre-indication de les opérer. Les globules blancs sont infiltrés de granulations mélaniques que l'on retrouve aussi à l'état de liberté nageant dans le sérum. On doit craindre aussi une récidive de la tumeur quand

l'urine présente une teinte sépia que le microscope découvre et des moules de canalicules urinifères constitués par des granulations pigmentaires. L'évaporation de quelques gouttes d'urine sur une lamelle de verre donne naissance à des cristaux d'une teinte hortensia caractéristique. (*Soc. de biol.*, janvier, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 5.)

Tous ces signes importants ont-ils été constatés un nombre de fois suffisant et comparativement pour les ériger en loi, ou n'est-ce là qu'une exception? L'auteur ne le dit pas. La mélanurie n'indique pas d'ailleurs une altération mélanique des reins, mais du sang et des autres viscères.

Du diagnostic de la généralisation des tumeurs mélaniques par l'examen microscopique du sang, des urines et des crachats, thèse inaugurale, par le docteur E. Clauzel. In-8° de 80 pages. Paris.

Tumeurs blanches. *Ischémie.* M. Letiévant l'a employée comme méthode thérapeutique des affections inflammatoires chroniques. Je me suis demandé, dit-il, si, dans les arthrites chroniques, par exemple, l'ischémie intermittente du membre et continue de la jointure ne donnerait pas des résultats. Ainsi, dans une tumeur blanche du genou, après avoir pratiqué l'exsanguification de tout le membre pendant un quart d'heure, en laissant un pont sous lequel la saphène interne restait libre, j'ai continué à assurer l'anémie constante du genou pendant plusieurs jours ; de plus, on répétait chaque jour, pendant un quart d'heure, l'exsanguification totale du membre. Chez un jeune homme atteint d'hydarthrose, avec épaississement de la synoviale, j'ai agi de même, et obtenu seulement un peu de diminution du genou. Dans un autre cas de tumeur blanche, l'ischémie a amené la cessation rapide de douleurs intenses. J'ai employé la méthode dans cinq autres cas ; mais, chez ces huit malades, je n'ai pas obtenu grand'chose pour le but que je cherchais à atteindre. (*Soc. de méd. de Lyon*, mars, et *Lyon méd.*, n° 11.)

De l'extirpation des tumeurs par la ligature élastique, par le docteur Dittel. Vienne. Pédiculisant les tumeurs sessiles à l'aide d'aiguilles courbes, le chirurgien allemand applique au-dessous des fils de caoutchouc à la base de la tumeur,

qui tombe ainsi, suivant son épaisseur, après un temps plus ou moins long.

Tumeurs du sein. De nouvelles observations microscopiques, retracées dans des planches magnifiques, ont montré à M. Cadiat, préparateur du cours d'histologie, qu'il fallait revenir à la théorie clinique d'Astley Cooper et de Velpeau, que l'adénome est une tumeur essentiellement glandulaire, dont l'origine est dans les culs-de-sac glandulaires. Par ses formes multiples, il constitue la plus commune des tumeurs du sein. Il engendre la tumeur cystique, d'où dérive le cystosarcôme et même le sarcôme. Mélangé à l'élément fibro-plastique, qu'il précède dans son développement, il se retrouve dans son milieu, dont il est entouré et envahi, il se reforme constamment avec ses cellules épithéliales normales et le produit de sa sécrétion. L'élément glandulaire constitue donc la plupart des autres tumeurs du sein, à l'exception du véritable cancer qui est l'exception. Il est réellement l'élément fondamental des tumeurs mammaires.

Les kystes de la mamelle ne sont donc pas de simples dilatations des canaux galactophores, comme Virchow a réussi à le faire admettre généralement. C'est une hypothèse que rien ne justifie. (*Journ. d'anat. et de physiol.*, mars.)

Ces recherches histologiques, basées sur des faits cliniques authentiques, sont une preuve de plus du peu de crédit qu'il y a à faire sur les théories spéculatives, les élucubrations des Allemands, faites souvent *a priori*, ou fondées sur des expérimentations insuffisantes. Il ne faut en général les admettre qu'après contrôle et confirmation.

Ablation par la ligature élastique. — Voy. *ce mot.*

Tumeurs sébacées du cuir chevelu. Des remarques et observations contenues dans un mémoire de M. Tyrrell, sur ce sujet, il conclut que ces kystes doivent être enlevés immédiatement chez les nouveau-nés, car ils tendent à détruire l'os sous-jacent et à perforer le crâne. Mais que, sans déterminer l'absorption de l'os, ces kystes, lorsqu'ils s'ulcèrent, doivent être enlevés de suite, sans attendre une

guérison spontanée. Autrement, ils peuvent rester indéfiniment et ne doivent être enlevés que chez des gens bien portants et exempts d'affections des voies urinaires. Il préfère l'instrument tranchant aux caustiques ; toute médication interne et externe étant plus nuisible qu'utile. (*Dublin Journ. of med. sc.*, juillet.)

Tumeurs encéphaliques. *Névrite optique.* Contrairement à beaucoup d'ophthalmologistes, le docteur Annuske a démontré, d'après un nombre considérable de faits collectés dans les auteurs, que ce symptôme signale, un des premiers, l'apparition des produits de nouvelle formation dans l'intérieur du crâne, quel qu'en soit le siége ou le volume, et cela dans la plupart des cas. C'est le contraire dans les affections chroniques, comme le ramollissement et l'encéphalite. Ce signe peut donc servir à les distinguer. Il convient dès lors d'y attacher plus d'importance qu'on ne l'a fait jusqu'ici et de le rechercher dans tous les cas. (*Arch. fur ophthal.*)

A l'occasion d'un fait remarquable de tumeur du cervelet, recueilli dans le service de M. Vulpian, M. Raymond a montré aussi, par 15 autres observations de tumeurs analogues, émanant de différents auteurs, et dont il donne le résumé, que cette névrite optique se rencontre de même souvent des deux côtés, mais sans que, par l'aspect ophthalmoscopique, l'on puisse en inférer la nature ni le siége de la tumeur. Les caractères de cette lésion sont un gonflement rouge jaunâtre de la papille et de la rétine environnante, qui ont perdu leur transparence et sont devenues troubles, infiltrées de leucocytes. Dilatation active et passive des vaisseaux, parfois apoplexies rétiniennes, hypertrophies du tissu conjonctif.

Cette névrite est ordinairement suivie d'une atrophie complète des parties enflammées. Mais la stase veineuse produit aussi une forme de névrite qui ressemble à la première. Il y a alors plutôt œdème qu'inflammation des parties environnantes et la durée en est ainsi plus longue et suivie également de l'atrophie de la papille. (*Soc. de biol.*, juin.)

Sur 14 cas de névrite typique observés dans les hôpitaux par M. Abadie, tous les malades étaient atteints de tumeurs

cérébrales constatées à l'amphithéâtre, sauf trois, dont les tumeurs étaient de nature syphilitique, qui n'ont pas succombé. Les faits contradictoires s'expliquent par un examen incomplet ou l'absence de troubles de la vision qui n'y font pas recourir. C'est ainsi que chez une jeune fille de vingt ans, ayant des accès de céphalalgie accompagnés de vomissements, la santé générale ainsi que la vue étaient si satisfaisantes que l'on ne pensait pas à une tumeur du cerveau ni à l'emploi de l'ophthalmoscope pour la constater. A l'examen cependant, le docteur Jakson, médecin de l'hôpital des épileptiques de Londres, constata une double névrite optique. L'autopsie révéla une tumeur du lobe droit du cervelet.

Une autre cause de dissentiment, c'est l'atrophie consécutive à la névrite optique. Hutchinson a vu ainsi la rougeur et la suffusion péri-papillaire disparaître, les hémorrhagies se résorber et les nerfs optiques s'atrophier, de manière à simuler une atrophie simple. Elle a pourtant des caractères particuliers. Les artères de la papille sont plus minces; les veines ont un trajet sinueux irrégulier avec dilatation partielle; les bords de la papille restent diffus et tranchent sur le fond rouge de l'œil. C'est par ces signes distinctifs que M. Charcot a pu la différencier de l'atrophie simple et établir le diagnostic.

On distingue cette névrite symptomatique des tumeurs cérébrales, en ce que la congestion est plus générale, la rougeur plus diffuse et plus vive. Dans la névrite idiopathique, les veines, bien que tortueuses et engorgées, n'offrent pas les énormes dilatations variqueuses de la névrite typique; la papille n'est ni gonflée, ni turgescente, comme dans celle-ci, et reste au niveau du plan rétinien. Les hémorrhagies sont aussi rares, discrètes et disséminées, dans la première, qu'elles sont nombreuses et confluentes dans la seconde. Enfin, tandis que le processus morbide se localise dans l'extrémité intra-oculaire du nerf, et dans une portion très-limitée de la rétine avoisinante dans les cas de névrite typique, il tend à gagner les parties équatoriales de l'œil dans les autres.

Quant aux causes de cette névrite typique, elles sont à peu près inconnues. De Graefe l'expliquait par l'étranglement de l'anneau sclérotical. Pour M. Abadie, c'est un

trouble trophique résultant de l'altération de la substance cérébrale où siége la tumeur. Si cette dernière opinion se justifie, on pourrait donc espérer qu'elle éclairera un jour le siége de ces tumeurs, car jusqu'ici ce signe ne fournit encore aucune indication à cet égard. (*Union méd*, n° 115.)

Tumeurs de la prostate. L'hypertrophie de cette glande était si considérable qu'elle occupait tout le petit bassin comme la tête d'un fœtus, chez un homme de trente ans, observé à l'hôpital de Marseille. M. le docteur Seux songeait à pratiquer la colotomie pour lever la constipation et la rétention d'urine opiniâtre en résultant. Il y avait aussi de l'œdème des membres inférieurs. L'absence de bosselures, de douleurs lancinantes, de phénomènes généraux cachectiques, l'âge du malade, le développement régulier des deux lobes, firent penser à une hypertrophie simple plutôt qu'à un cancer, et, quoique le diagnostic ne pût être posé d'une manière rigoureuse, on conclut dans ce sens. La vessie fut vidée avec une sonde à demeure ; l'ampoule rectale débarrassée mécaniquement et la liberté du ventre entretenue avec des purgatifs répétés, puis l'iodure de potassium administré à haute dose. Au bout d'un mois, tous les phénomènes de compression avaient cessé et le volume de la prostate diminué considérablement. Le départ du malade ne permit pas de constater le succès complet de cette médication. (*Marseille méd.*, juin, n° 6.)

Injections interstitielles d'iode. Cinq nouvelles applications de ce moyen contre l'hypertrophie de la prostate, ont démontré à C. Heine que la suppuration est peu à craindre et que l'opération peut être pratiquée sans danger chez les vieillards et les sujets très-affaiblis. Dix injections ont été pratiquées chez ces nouveaux malades et, chez aucun, il n'y eut d'abcès prostatique ni de réaction fébrile notable. Un léger accès de fièvre survint chez l'un d'eux, que l'auteur attribue au cathétérisme. Une légère irritation de la vessie persista seulement deux ou trois jours, probablement par la pénétration dans la vessie d'une partie du liquide injecté par les canaux excréteurs de la glande.

Ajoutés aux deux cas qu'il avait précédemment relatés, ces sept faits n'ont déterminé qu'une fois la suppuration de

la glande et, dans tous, il y a eu diminution notable de son volume. Malheureusement l'amélioration des troubles des fonctions urinaires n'a pas été durable. Trois malades ont été pris de récidive, et l'un d'eux succomba à la suite de nouvelles injections.

Renonçant à l'usage du *speculum ani* qui est très-douloureux, Heine se borne à conduire la canule d'un trocart fin sur l'indicateur placé dans le rectum. La ponction faite, il visse dessus la seringue de Pravaz et, après s'être assuré que l'aiguille pénètre de deux lignes environ dans le tissu de la glande et s'y meut bien, on pousse l'injection de 12 à 20 gouttes d'une solution au quart de teinture d'iode dans de l'eau distillée, additionnée d'un peu d'iodure de potassium. Il faut éviter, en ponctionnant, de léser une petite artère que l'on sent battre sous la muqueuse. On tient les malades au lit, pendant deux jours, avec une diète sévère. (*Arch. für klin. chirurg.*, 12e fascicule.)

Tumeurs fibro-cystiques de l'utérus. L'espèce de réprobation, de blâme, jetée l'année dernière du haut de la tribune académique contre l'ablation de ces tumeurs (voy. *année* 1873), doit faire recueillir avec soin tous les faits de nature à juger cette question.

Une célibataire de trente-quatre ans se présente au docteur Trenholme, professeur d'accouchement et de gynécologie au collége de Montréal, pour une tumeur abdominale datant de 1870 (métrorrhagies en 1872 et 1873).

Elle souffre de sa pesanteur, surtout aux époques menstruelles. Dure et mobile au toucher, cette tumeur remplit toute la cavité abdominale. Elle semble liquide en haut entre l'ombilic et le cartilage ensiforme, où elle est très-sensible. Matité uniforme, excepté dans les flancs où le son est tympanique. Le col utérin est imperceptible au toucher.

Une tumeur fibro-kystique de l'utérus est diagnostiquée avec saillie en arrière et sur les côtés de l'organe. L'absence d'accidents fait refuser l'opération à la malade qui la réclame. Mais un écoulement vaginal ayant commencé à la fin de janvier fut bientôt suivi d'un violent frisson avec fièvre et transpiration prolongée. Les accidents augmentèrent si rapidement que la malade était devenue un vrai

squelette à la fin d'avril. Elle arriva à Montréal en mai pour se faire opérer, alors que la tumeur avait augmenté d'un pouce anglais dans tous ses diamètres depuis le mois d'octobre précédent.

L'opération suivante fut pratiquée le 12 juillet sous l'influence de l'éthérisation. Après une incision exploratrice dans la ligne blanche, chaque vaisseau ouvert étant aussitôt fermé, la ponction de la tumeur échoua, et il fallut étendre l'incision. Les adhérences très-étendues et intimes furent divisées avec le bistouri et le cautère actuel, notamment les ligaments utérins. Libre ainsi, la tumeur comprenant tout l'utérus fut soulevée, et la chaîne de l'écraseur étant placée à un pouce au-dessus du col, une section avec le bistouri la sépara complétement. Elle pesait seize livres et s'étendait en arrière et un peu à gauche. Une sonde n° 10, en passant par le col, communiquait par un trajet fistuleux avec un large kyste plein de pus et en contenant trente-deux onces, situé dans le centre de la tumeur composée d'un tissu fibreux dense et inséparablement unie au corps de l'utérus.

La cavité étant bien épongée, le pédicule fut traversé par deux sutures métalliques dont les extrémités furent placées à l'extérieur, après que la plaie abdominale eut été réunie par une double rangée de huit sutures. Des compresses d'eau phéniquée furent ensuite placées sous le bandage compressif et unissant, fait avec de la ouate et de la flanelle.

Un collapsus alarmant résulta de cette opération qui avait duré deux heures un quart. Les stimulants le dissipèrent. Des vomissements survinrent ensuite. L'emploi de l'aconit favorisa la transpiration. Le vératrum administré pour modérer l'action du cœur, ramena les vomissements comme l'avait fait la morphine auparavant. Malgré le tympanisme et les nausées, les fonctions intestinales ne tardèrent pas à se rétablir. Dès le sixième jour, l'opérée demandait à être levée. Le pédicule céda le neuvième jour en laissant une plaie très-profonde dont la cicatrisation fut troublée par la formation de petits abcès autour jusqu'au vingtième jour.

L'opérée put marcher le trente-deuxième jour. Le 15 octobre dernier, elle était parfaitement bien et avait regagné dix-neuf livres et demie de poids depuis la convalescence. (*Lancet*, 14 novembre.)

Tumeurs fibro-utérines. Elles peuvent donner lieu à des symptômes d'étranglement intestinal et le produire même complétement. — Voy. ÉTRANGLEMENT.

Étude aphoristique sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, brochure in-8° de 28 pages, contenant trois observations remarquables d'extirpation de ces fibrômes, par M. J.-J. Cazenave (de Bordeaux); Paris, 1873.

U

ULCÈRES. Ulcères atoniques des jambes. Sous le nom de *nouvelle méthode* pour en obtenir la guérison, le docteur Nussbaüm (de Munich), qui a déjà tant défrayé la presse périodique par ses excentricités chirurgicales, parle d'une incision circulaire libératrice, pénétrant jusqu'au fascia, pratiquée autour de l'ulcère, à la distance d'une largeur de doigt seulement. Une hémorrhagie abondante en résulte; mais des plumasseaux de charpie mouillée étant introduits l'arrêtent bientôt et, en comprimant et isolant l'ulcère, empêchent la réunion immédiate des bords de l'incision. Dès le lendemain, la suppuration est modifiée. Plus de soixante larges ulcères des jambes auraient été guéris de la sorte, plus rapidement et plus sûrement avec une cicatrice élastique et résistante, grâce à cette véritable incision libératrice. (*Aerztl. intelligenzblatt*, n° 14.)

Mais cette méthode, renouvelée de Celse, a été employée par M. Dolbeau depuis longtemps à l'hôpital Beaujon contre les ulcères rebelles calleux, indolents, comme une observation, datant de 1871, en est rapportée par le docteur A. Bergeron (*France méd.*, n° 82). Seulement il n'emploie pas l'anesthésie comme le chirurgien allemand. (*Bulletin de thérap.*, avril.)

D'ailleurs, sans recourir à cette incision circulaire, il n'est pas de praticien qui n'ait employé avec succès, contre ces ulcères à bords rouges, engorgés, des mouchetures, des scarifications, qui amènent promptement la guérison par le dégorgement de ces bords. Il n'y a donc là rien de nouveau.

Ligature élastique sous-cutanée. Contre un ulcère variqueux de la jambe droite existant depuis dix ans chez un homme de quarante ans, entré à l'hôpital de Pavie le 15 juin dernier, le professeur Scarenzio fit la ligature de la veine variqueuse principale qui s'y rendait et émanant d'un groupe de varices de la partie moyenne interne du mollet. Il prit, à cet effet, un fil élastique de 2 à 3 millimètres de grosseur qu'il passa dans le chas d'une aiguille de couturière, légèrement courbe. Le 26 juin, cette aiguille fut passée sous la veine, à 9 centimètres du groupe variqueux, puis, rentrant l'aiguille par l'ouverture de sortie, il la fit passer sous la peau et sortir par l'ouverture d'entrée. Les deux extrémités en furent nouées, puis resserrées les jours suivants. Une légère suppuration eut lieu, et, le dixième jour, la ligature tombait. Par la section de ce vaisseau et l'interruption du cours du sang, l'ulcère ne tarda pas à guérir et, le 10 juillet, le malade sortait de l'hôpital parfaitement guéri. (*Gazz. med. Venete*, n° 44.)

M. Philip Cowen préconise le mélange suivant :

Farine	125	grammes.
Poudre de gomme arabique	30	—
— de gomme adragant	15	—
Craie	8	—
Œuf	n° 1	
Eau	1	pinte.

Mêlez et faites chauffer jusqu'à ébullition ; retirez et préparez pour l'usage.

Vingt guérisons sont produites à l'appui de l'efficacité de ce moyen et le docteur Kobryner en ajoute de nouvelles, obtenues dans des cas qui avaient résisté à bien d'autres médications. La cicatrice est saine, souple et élastique, tout en revêtant l'aspect d'une peau sale. (*Bull. de thérap.*, mai, n° 9.)

Hypochlorite. Depuis dix ans que M. Panas a expérimenté le chlorure de chaux, il n'a trouvé aucune médication qui puisse lui être comparée. L'eau alcolisée ou phéniquée lui est même inférieure. Toute odeur gangréneuse disparaît immédiatement par son emploi. La surface grisâtre se colore bientôt en rose et toutes ces modifications croissant de jour en jour en étendue et en profondeur, 10 à 15 jours suffisent pour rendre la surface de l'ulcère très-belle. La

peau reprend sa souplesse et sa mobilité et une circulation capillaire active remplace l'apparence asphyxique qu'elle avait. Un mois à six semaines suffisent à guérir ainsi les ulcères les plus étendus et les plus profonds.

L'oxygène naissant, qui se dégage de l'eau chlorurée au contact des matières organiques, rend compte de ses bons effets, suivant M. Panas. Le mode d'application est tout simple. La plaie étant bien nettoyée, des plumasseaux de charpie imbibée d'eau chlorurée sont appliqués à plat. Une compresse les fixe et le tout est recouvert de taffetas gommé s'opposant à l'évaporation du liquide. On renouvelle l'imbibition trois à six fois par jour avec une solution à un tiers ou moitié d'eau.

L'épidermisation est facultative, mais la position horizontale prolongée du membre est indispensable, même après la cicatrisation. (*Journ. de thér.*)

Ulcères tuberculeux — Voy. Tuberculose.

UNCIPRESSION. — Voy. Hémostase.

URINE. *Coloration par le séné.* Ce n'est que dans les urines neutres que cette coloration biliforme se produit, dit M. le professeur Hirtz, et il suffit qu'elle devienne alcaline pour que la coloration rouge s'établisse. Dans plusieurs cas de néphrite catarrhale aiguë traités simultanément par l'eau de Vichy et le séné, les urines sont ainsi comme sanguinolentes, et l'on peut croire réellement à cette grave complication. Mais il suffit alors d'une goutte d'acide pour que cette coloration rouge disparaisse instantanément et que l'erreur soit démontrée. (*Journ. de thérap.*, n° 5.)

Coloration par la santonine. Un enfant qui avait pris une dragée de santonine le matin, rendit une urine rouge groseille à la première émission. Traitée par les acides, elle jaunit et rougit de nouveau par les alcalis sans que le chloroforme ni l'éther eussent la moindre action sur cette matière colorante. Il n'y avait ni albumine ni sucre. Elle supportait l'ébullition avec son alcali. Le permanganate de potasse la rougit immédiatement. Malgré sa légère réaction alcaline, le microscope y découvrait un dépôt abondant

d'acide urique en lamelles rhomboïdales groupées en étoiles, d'urate de soude et de cystine. L'émission d'urine suivante était jaune et acide. D'où venait donc l'alcalinité de la première? De ce qu'elle avait été recueillie dans un vase de cuir bouilli, imprégné d'urine alcaline. Cet exemple montre le soin à prendre avant de juger définitivement. (*Répert. de pharmacie*, juillet, n° 13.)

Urine ammoniacale. PATHOGÉNIE. On sait qu'au lieu de rester acides, comme dans l'état normal, les urines deviennent souvent alcalines, dans diverses conditions locales des organes génito-urinaires et que l'urée qu'elles contiennent, en se décomposant, donne lieu au carbonate d'ammoniaque. De là les urines ammoniacales dont la résorption est essentiellement dangereuse en donnant lieu à une véritable infection putride, ou septicémie, comme on l'appelle aujourd'hui.

C'est la cause de ce danger que MM. Gosselin et Robin ont cherché à élucider par des expériences. Ils ont d'abord injecté sous la peau du dos, du cou et des membres de lapins et de cobayes, une solution aqueuse de 25 à 90 centigrammes de carbonate d'ammoniaque dans 5 à 6 grammes d'eau, et des accidents convulsifs ont eu lieu, comme dans les précédentes observations de MM. Rosenstein, Liouville et Béhier dans l'épilepsie provoquée (voy. *ce mot*, 1873). La mort a même été très-rapide, lorsque cette dose a été légèrement dépassée.

Une solution de 50 centigrammes de carbonate d'ammoniaque, dans 3 à 4 grammes d'urine humaine normale, injectée sous la peau de 4 lapins, n'a produit que de la fièvre chez 3 et la mort chez le 4e. Le résultat est donc tout différent. Au lieu d'accidents nerveux convulsifs, l'urine rendue ammoniacale n'a produit qu'une fièvre urineuse comme on l'observe chez l'homme. L'injection de l'urine d'un homme contenant 4 à 5 milligrammes de carbonate d'ammoniaque par gramme a produit les mêmes effets. Tandis que l'injection de la même quantité d'urine acide normale de l'homme n'a rien produit.

D'où la conclusion : que l'urine ammoniacale de l'homme étant toxique pour le lapin et le cobaye doit l'être pour l'homme lui-même, lorsqu'elle peut être absorbée

par une solution de continuité des voies urinaires. Evidemment elle serait peu fondée si elle ne reposait que sur ces expériences de petits animaux qui ne peuvent être nullement assimilés à l'homme, comme le montre l'injection du sang septicémique. Mais l'observation clinique presque journalière en témoigne irrécusablement.

Afin de prévenir cette action toxique de l'urine ammoniacale par l'absorption des plaies, MM. Gosselin et Robin ont administré l'acide benzoïque à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour dans une limonade pour transformer le carbonate d'ammoniaque en hippurate beaucoup moins toxique. Trois malades ayant les urines ammoniacales y furent soumis. L'un devait subir la taille, et, après dix-sept jours, l'urine redevint acide. L'autre, subissant la lithotritie, présenta la même modification à deux reprises. Mais le troisième, atteint de rétrécissement uréthral ne présenta qu'une diminution de l'état ammoniacal.

C'est donc là une sorte de contre-poison qui doit être administré pour neutraliser et atténuer l'effet ammoniacal. Injecté à des lapins, concurremment avec le carbonate d'ammoniaque et à des doses supérieures, cet acide n'a jamais produit ni les accidents convulsifs, ni la fièvre, ni la mort. Il est donc indiqué dans les cas de cystite ammoniaco-purulente, surtout chez les malades qui doivent subir des opérations sur les voies urinaires. M. C. Paul a aussi retardé la décomposition ammoniacale des urines des aliénés gâteux de Bicêtre, en leur administrant de la térébenthine cuite (voy. *année* 1873). Tous les balsamiques possèdent d'ailleurs la même action.

Fondé sur sa doctrine de la panspermie et ses résultats de fermentation générale, M. Pasteur est disposé à croire que la décomposition ammoniacale de l'urine ou plutôt sa putréfaction est due à l'introduction d'un ferment organisé dont les germes seraient le plus souvent apportés du dehors par la sonde introduite dans la vessie. Pour vérifier le fait, il a fait examiner l'urine ammoniacale d'un malade de la Charité ayant été sondé quelques jours auparavant. De nombreux organismes y ont été rencontrés, notamment la torulacée, déjà connue comme le vrai ferment organisé ammoniacal, et en outre des bactéridies mobiles, sorte de vibrions de la putréfaction, vivant probablement sans gaz oxygène libre.

L'urine n'ayant pas été examinée avant le cathétérisme, cette observation reste incomplète. Mais M. Pasteur n'en persiste pas moins à croire que la sonde est l'agent de transmission de ces ferments. Si la décomposition ammoniacale ne survient pas plus souvent après le cathétérisme, c'est peut-être, dit-il, parce que l'urine est ordinairement acide et que cette acidité nuit au développement des germes de la fermentation. Ils se développeraient, au contraire, avec la plus grande facilité, dans les cas pathologiques où l'urine devient neutre ou alcaline.

Cette étiologie toute mécanique a remis en honneur une doctrine semblable promulguée quelques mois auparavant par M. le professeur Ferrier (de Londres), et qui était à peu près passée inaperçue en deçà du détroit. D'après lui, ces urines ammoniacales ne résultent pas d'un catarrhe vésical ou plutôt de la fermentation du mucus formé en grande quantité dans la vessie, comme on l'admettait généralement. Basé sur des expériences faites avec M. Burdon-Sanderson, il admet, *à priori*, que les tissus et les liquides organiques, sauf ceux contenus dans le tube digestif, sont privés des éléments de putréfaction. Et, appliquant la doctrine panspermiste, il l'a étendue aux urines contenues dans la vessie. Convaincu qu'elles n'entrent jamais spontanément en décomposition sans cette contamination des germes ambiants, il invoque l'expérience suivante, renouvelée de M. Pasteur, pour le démontrer. Une petite quantité d'urine — phosphatique — est déposée directement dans un flacon préalablement purifié par la chaleur. Un bouchon de ouate ferme l'ouverture, et le flacon est mis de côté pendant un an. On retrouva ensuite l'urine claire avec un sédiment phosphatique, mais libre de toute décomposition et d'organismes, tandis qu'elle devint ammoniacale aussitôt son contact avec l'air, et présentant un nombre immense de bactéries et de torules. L'introduction d'un simple tube de verre dans le flacon suffit même pour déterminer la putréfaction. D'où il conclut qu'un cathéter, dont la surface interne est rarement aussi intacte et le plus souvent recouverte en abondance de ces germes éléments de putréfaction, doit être un moyen d'autant plus certain de la faire développer.

Appliquant ces faits à l'urine sécrétée par les reins et

accumulée dans la vessie, M. Ferrier admet par induction qu'elle restera exempte de la décomposition tant qu'une source directe d'imprégnation avec les germes de putréfaction ne viendra pas du dehors. L'état ammoniacal des urines dans la paraplégie ne lui paraît pas une objection, car il résulte presque toujours — *almost invariably* — d'un cathétérisme antérieur : de claire et acide, elle ne devient ammoniacale que dans cette période où le cathéter est employé. Des exemples en sont rapportés partout, dit-il, et il en rappelle seulement, à l'appui, l'observation relatée par M. Gray dans le premier volume du *London hospital Reports*, concernant un jeune homme qui, admis au neuvième jour d'une chute ayant fracturé la sixième vertèbre cervicale, avec paraplégie et rétention d'urine sans avoir été sondé, présenta au premier cathétérisme une quantité considérable d'urine claire et acide, et qui devint épaisse et alcaline dès le lendemain, puis phosphatique, ammoniacale et purulente par la suite.

Sans vouloir dogmatiser à cet égard ni contester l'accès des germes autrement, il lui semble possible que l'état catarrhal de l'urèthre, par exemple, puisse faciliter l'accès direct des germes dans la vessie, d'une manière semblable à la fonction supposée du mucus du col utérin dans l'imprégnation; car, dans l'état normal, la vessie est fermée contre cette contamination du dehors.

Si, bien souvent, la décomposition ammoniacale de l'urine ne suit pas l'introduction du cathéter dans la vessie, c'est que ce milieu est peu favorable à la réception des germes de ferment, car la vessie est rapidement et entièrement remplie, et, quoique la décomposition puisse s'ensuivre, les tissus sains et un certain degré de résistance vitale s'y opposent. Mais il en est tout autrement quand la vessie est frappée d'atonie ou paralysée, qu'un obstacle permanent existe, comme l'hypertrophie de la prostate ou des causes d'irritation, comme un calcul, un corps étranger ou une dégénérescence rénale. La décomposition ammoniacale dans ces cas par l'introduction du cathéter est souvent la cause principale de la cystite invétérée et de l'inflammation des uretères et des reins. Elles n'ont souvent pas d'autre origine, alors que le chirurgien ne peut les découvrir et qu'il s'efforce d'éviter toute irritation mécanique par

le cathétérisme. Quand la cystite provient de l'irritation calculeuse, elle est encore aggravée par le cathétérisme ou plutôt par la sonde. Le contact de l'urine ammoniacale, du mucus et du pus, avec la muqueuse enflammée, les transforme ainsi en une masse gélatineuse adhérente, qui est un foyer de putréfaction impossible à détruire par les moyens ordinaires.

Le péril augmente quand ce processus s'étend jusqu'aux reins. Le contenu de la vessie est ainsi mis en diffusion avec le sang et la lymphe de ses parois et peut même être résorbé. L'empoisonnement urémique en est la conséquence; la septicémie peut ainsi résulter d'un simple cathétérisme, sans irritation vésicale ni rénale antérieure. C'était la seule cause appréciable dans deux cas de mort par urémie, observés par le docteur Fothergill chez deux vieillards atteints d'incontinence d'urine par hypertrophie de la prostate. Ils étaient en bonne santé tant que le cathétérisme ne fut pas pratiqué; mais, sitôt après cette opération, des symptômes d'urémie se déclarèrent et se terminèrent fatalement en peu de jours.

Cette cause triviale est donc d'une importance assez grande pour que le chirurgien prenne au moins la précaution d'employer l'huile phéniquée, au lieu de l'huile simple, pour lubrifier son cathéter avant de s'en servir. Il pourrait y avoir ainsi moins de cystites et de maladies chirurgicales des reins, comme aussi moins de septicémies puerpérales, si l'on appliquait ces précautions aux opérations obstétricales. (*British med. Journal*, avril 1873.)

On peut juger ce qu'il y a de nouveau, de pratique et de fondé dans ces observations faites, dès 1864, en Allemagne et en France. Évidemment ce n'est là qu'une prévision, telle que M. Pasteur l'a donnée avec plus de développements. L'urèthre est ainsi, d'après lui, un immense tunnel ouvert en permanence à l'accès de ces germes, tandis que, pour M. Ferrier, la vessie est fermée contre cette contamination du dehors, à moins d'un état catarrhal de l'urèthre. Un certain degré de résistance vitale est, pour celui-ci, l'empêchement à la décomposition ammoniacale à la suite de tous les cathétérismes, lorsque c'est l'acidité normale de l'urine qui s'oppose au développement des organismes pour M. Pasteur. Causes également hypothétiques qui s'expliquent

par le point de vue différent du chimiste et du médecin.

Ces contradictions dans l'interprétation d'un fait physique, jointes à la décomposition ammoniacale spontanée des urines, évidente dans certaines conditions locales et générales, montrent que l'action du cathéter est au moins aussi problématique que celle de tout autre cause vitale la plus abstraite. De nombreuses observations comparatives sont nécessaires pour l'élever à la hauteur d'un fait scientifique démontré.

MM. Ricord, Bouillaud, Blot, Verneuil ont montré, par des faits, que cette décomposition est parfois spontanée sans cathétérisme préalable. C'est ainsi qu'elle s'observe dans la fièvre typhoïde, dans certaines lésions vésicales et rénales, chez les femmes nouvellement accouchées, sondées vingt-quatre ou quarante-huit heures après la rétention d'urine, tandis que c'est le contraire chez les femmes hystériques. C'est donc à rechercher le secret de cette décomposition, à savoir si les ferments viennent exclusivement du sang ou du dehors que les médecins doivent s'appliquer. (*Acad. de méd.*, 20 janvier.)

M. A. Lailler affirme que ce n'est qu'exceptionnellement que l'urine est ammoniacale au moment de l'émission. Il a vu cependant des lypémaniaques émettre une urine pâle, très-muqueuse, présentant une réaction alcaline et une odeur fétide. Dans la paralysie générale, l'urine n'est pas ammoniacale au moment du cathétérisme, mais elle le devient très-rapidement. Dans le délire aigu, l'urée est éliminée en abondance et lorsque la miction, ne se faisant plus librement, on est obligé de sonder le malade, l'urine est ammoniacale et putride. Ce fait peut donc se rattacher *aux états généraux de l'économie*, signalés par M. Bouillaud, dans lesquels l'alcalinité des urines apparaît au moment de leur émission.

M. Lailler a observé que si l'urine est acide à un premier cathétérisme chez les paralytiques, elle continue à l'être pendant tout le temps qu'on est obligé de sonder le malade. La sonde n'est donc pas apte à introduire dans la vessie les germes de la fermentation ammoniacale. (*Acad. des sciences* et *Arch. de méd.*, novembre.)

Ces observations et bien d'autres ne permettent donc pas à douter que l'urine ne devienne spontanément alcaline

dans la vessie. M. Pasteur ayant pu conserver des urines intactes, sans aucune altération, pendant des années, tant qu'elles restent à l'abri du contact de l'air, il en conclut que la présence des ferments est nécessaire à la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque. Mais M. Poggiale considérant que l'urée résulte artificiellement de l'union de l'acide cyanique à l'ammoniaque, qu'elle est elle-même du carbonate d'ammoniaque moins deux volumes d'eau, et qu'il suffit que ces deux volumes d'eau y soient ajoutés pour obtenir ce sel sans que l'action des ferments soit nécessaire à ces diverses réactions et bien d'autres analogues, conclut que la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque peut parfaitement résulter d'une simple action chimique dans la vessie (*Soc. de pharm. de Paris*, mars). Une des propriétés caractéristique des amides, c'est-à-dire de l'urée, étant d'absorber de l'eau soit directement, soit sous l'influence de certains agents, ne se peut-il pas que l'urée, en excès dans la vessie, s'unisse à cette quantité d'eau qui peut se trouver ensuite en excès dans la vessie, soit par l'usage de boissons abondantes, soit par l'une de ces réactions vitales si fréquentes dans le cours des maladies graves? Ces hypothèses sont d'autant plus probables que la production du carbonate d'ammoniaque coïncide toujours avec l'altération du mucus vésical et la présence du pus, comme M. Van Tieghem et d'autres observateurs l'ont démontré. Il y a donc lieu d'étudier la décomposition ammoniacale de l'urine autant au point de vue chimique qu'à celui de M. Pasteur. Leur acidité reparaissant sous l'influence de l'usage interne de l'acide benzoïque justifie encore ces recherches. Il serait surtout intéressant de l'injecter directement dans la vessie dès que la décomposition ammoniacale se manifeste.

Pour M. Gubler, les *néocytes*, ou jeunes cellules d'épithélium, séparées prématurément de la surface muqueuse ou de la membrane pyogénique pour former les globules de pus, ont une action, au moins égale à celle des ferments de M. Pasteur, sur la décomposition ammoniacale de l'urine. Elles peuvent transformer également l'urée en carbonate d'ammoniaque, mais beaucoup plus lentement en raison de l'infériorité du pouvoir catalytique de ces êtres rudimentaires avec celui d'une espèce créée dont la nutrition est plus active et la production indéfinie.

Mais, pas plus que ses prédécesseurs, M. Gubler n'apporte la démonstration de sa supposition, et il ne l'explique que par des considérations de physiologie histologique transcendante qui ne semblent guère avancer la solution du problème. (*Acad. des sc.*, avril.)

Ce ne sont pas plus les ferments externes qui déterminent la fermentation ammoniacale des urines, suivant M. Béchamp, que le cathétérisme servant à leur introduction. Elle est matériellement impossible, d'après M. Pasteur lui-même, puisqu'il a montré qu'un tube recourbé et sinueux, à extrémité tournée en bas, ne permet pas aux poussières et germes atmosphériques de s'introduire dans un ballon contenant des matières putrescibles. Comment l'urèthre pourrait-il servir à leur introduction?

Dans un cas de rétention d'urine, il y a eu fermentation ammoniacale tant que le mal a augmenté; puis l'urine est redevenue claire, malgré la continuation du cathétérisme pendant deux ans environ, plusieurs fois par jour, et malgré la présence de bactéries comme auparavant. Des milliers de ferments pénètrent d'ailleurs chaque jour dans les poumons, sans qu'il en résulte aucun mal. Les microzymas des tissus sont la source de tous les autres ferments. Il suffit qu'ils soient altérés ou morbides, comme dans les néphrites aiguës et chroniques, les maladies de la moelle, les cystites prolongées, etc., pour que la fermentation ammoniacale se manifeste. (*Montpellier méd.*, février.)

Plus de 500 analyses chimiques d'urines de divers malades et des expériences sur les chiens ont montré aux professeurs Feltz et Ritter (de Nancy) qu'en dehors des affections génito-urinaires, les urines ne sont que très-rarement ammoniacales. Dans la généralité des cas d'alcalescence, celle-ci est due au mélange des urines avec des substances albuminoïdes plus ou moins altérées durant leur passage, ou à la malpropreté des vases après leur émission. Leur séjour prolongé et forcé dans la vessie de chiens bien portants ne les rend pas plus ammoniacales qu'en portant une sonde imprégnée de ferment ammoniacal dans la vessie. Le contact prolongé du ferment est nécessaire à cet égard. L'injection de sels ammoniacaux dans les veines ne rend pas davantage les urines ammoniacales; elle produit l'ammoniémie qui consiste dans la dissolution des globules rouges du sang. (*Acad. des sciences*, 1873, et *Journal de l'anat.*, n° 3.)

Ces résultats sont manifestement contradictoires avec les prévisions de M. Pasteur, et même celles de tous les cliniciens, quant à la production des urines ammoniacales. En montrant qu'elles le deviennent ainsi souvent, durant ou après leur émission, les expérimentateurs de Nancy ont décelé une nouvelle source d'erreur dont il faudra tenir compte à l'avenir.

Étude expérimentale sur l'alcalinité des urines et sur l'ammoniémie, par MM. V. Feltz et Ritter, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

UTÉRUS. *Dégénérescence graisseuse.* Le cas suivant a été présenté comme unique par sir W. Jenner à la Société médico-chirurgicale de Londres, le 25 novembre dernier, de la part du docteur Snow Beck, qui en a recueilli l'observation.

Une femme de cinquante-neuf ans, bien portante, non réglée depuis neuf ans, vit subitement apparaître, sans prodrome, un écoulement vaginal de sang suivi d'un liquide jaunâtre épais, inodore, qui continua incessamment pendant trois ans, avec de légères variations de couleur et de quantité. Il ne contracta de l'odeur que pendant la quatrième année, qu'il devint sanguinolent. Puis ce furent de véritables ménorrhagies. L'appétit et le sommeil s'altérèrent, et cependant il n'y avait aucune douleur locale ni aucune apparence externe de cachexie cancéreuse. La maigreur même n'était pas très-marquée.

Le toucher, pratiqué dans ces conditions, constata l'engorgement des lèvres, du col, avec ouverture béante de l'orifice externe, au point d'admettre le doigt. Une masse charnue donnant un sang rouge artériel au moindre attouchement était perçue. Un mois après, elle faisait saillie, et, trois mois plus tard, le vagin en était rempli. C'était une masse pulpeuse donnant la sensation du placenta au toucher. La malade s'affaiblit de plus en plus et succomba pendant la quatrième année de cette affection, à la suite d'une dernière perte abondante.

L'autopsie montra l'utérus hypertrophié et son intérieur rempli d'un tissu mou, pelucheux (*shaggy*), et pendant au dehors. Tout le tissu contractile ou musculaire de l'utérus était converti en ce tissu mou et pelucheux, à l'exception d'une épaisse partie du fond, et cessait abruptement à l'orifice externe où commence le vagin. Le microscope

montra les cellules des fibres contractiles du fond légèrement altérées, tandis qu'elles contenaient des globules graisseux plus bas; elles étaient même entièrement disparues plus bas encore, et remplacées par de gros globules graisseux mêlés à divers tissus mous, diffluents, et qui n'avaient plus aucune structure appréciable près du col.

Ce n'était là ni du cancer encéphaloïde ni des excroissances vénériennes dont un spécimen, conservé au Muséum et comparé avec celui-ci, a montré des différences notables de siége et de nature. La discussion qui s'en est suivie n'a pu élucider la nature de ce cas intéressant nouveau, si ce n'est pour le distinguer des deux espèces précédentes dont il se rapproche le plus. (*Lancet*, 6 décembre.)

Anna T..., dix-neuf ans, servante, entre à l'hôpital, le 25 septembre, dans l'état suivant :

Corps de moyenne grandeur, bien développé, présentant plutôt les apparences de la force. Faciès un peu terreux, peu d'appétit, pied droit comme paralysé, un peu de gonflement de l'articulation coxo-fémorale, peu de repos.

Rien d'anormal dans les poumons. Rate et cœur normaux. Foie abaissé. La région abdominale, depuis l'épigastre jusqu'à la symphyse pubienne, dans tout le flanc droit et à gauche, à deux travers de doigt de la ligne blanche, est dure et douloureuse à la pression. Au toucher, on ne sent aucune tumeur de nouvelle formation. La malade, interrogée avec soin, répond qu'elle est tombée, il y a cinq ou six semaines. Depuis ce temps, est survenue une tumeur qu'elle n'avait pas remarquée jusque-là. Pendant quelque temps, la marche fut encore possible, mais elle devint de plus en plus difficile avec la douleur lancinante qui l'accompagnait. Les règles, régulières jusque-là, cessèrent tout à fait ; ce qui fit supposer que la tuméfaction était en rapport avec l'utérus.

Au toucher, on ne pouvait parvenir jusqu'à la tumeur. Bientôt toute la cavité abdominale prit la consistance d'une masse dure. La grande lèvre et la petite lèvre droites s'œdématièrent, ainsi que la partie supérieure droite de la cuisse du même côté. Repos. Poudre de morphine. Cataplasmes froids à l'extérieur. L'examen au spéculum est douloureux, à cause de l'œdème des lèvres, de la rougeur, du gonflement et du rétrécissement du vagin. La portion vaginale de l'utérus est gonflée, élevée, le col ouvert et

allongé, la muqueuse peu épaisse et de mauvais aspect.

Quand la malade ne peut plus supporter les topiques froids, on en prescrit de chauds. Au bout de quatre ou cinq jours, on sent, au-dessous de l'angle des côtes droites, à environ trois travers de doigt plus bas, un point ramolli, et l'on voit tous les autres signes physiques d'un abcès. Une ponction exploratrice ne donne point de pus, mais seulement une petite quantité de sang. La patiente s'affaiblit et meurt le 17 octobre, à minuit. A l'autopsie, on trouve l'utérus hypertrophié et ayant subi la dégénérescence graisseuse. Les parois avaient une épaisseur de trois travers de doigt et étaient parsemées de dépôts graisseux. Le tissu utérin est en partie devenu fibreux, en partie enflammé, ou réduit à l'état de détritus.

La cavité est augmentée de volume. Sa surface externe s'étend jusqu'aux vertèbres lombaires. L'estomac est comme ratatiné.

Les portions inférieures de l'intestin, dans la moitié gauche de la cavité abdominale, sont agglomérées. Les douleurs, pendant les derniers jours, ne pouvaient plus être combattues. (*Allg. Wiener mediz. Zeitung.*) — Voy. ABCÈS PÉRI-UTÉRINS.

Déplacements, hypertrophie. *Éponge préparée.* Soupçonnant la présence de quelque néoformation d'un utérus rétrofléchi et hypertrophié chez une femme de quarante et un ans, robuste et nerveuse, le docteur Krone introduisit chaque jour des rondelles d'éponge préparée, graduellement plus volumineuses, afin de dilater le col et se livrer à un examen plus facile et complet. Le séjour au lit fut rigoureusement gardé ; sous l'influence de ce traitement, employé après que l'intérieur de l'utérus fut reconnu libre, cet organe devint plus mou et se redressa graduellement.

Des injections intra-utérines avec le nitrate d'argent purent être faites pour tarir une excessive sécrétion, et la malade fut ainsi guérie tout à la fois de la rétroflexion et de l'hypertrophie utérine ainsi que des troubles hystériques.

Trois autres cas de métrite chronique avec hypertrophie et rétrécissement du col, traités de la même manière, par M. Klencke, ont été couronnés du même succès après cinq semaines au plus. L'éponge préparée, ou la laminaria pour commencer, a donc une action résolutive, soit par la com-

pression qu'elle exerce ou la sécrétion qu'elle provoque et l'élimination qui en est la conséquence. (*Deutsche Klinik*, n° 23, et *Schmidt's Jarb.*, décembre 1873.) — Voy. ÉPONGE PRÉPARÉE.

Amputation du col de l'utérus, par le docteur A. Laurent, médecin-adjoint des hôpitaux de Rouen. Brochure in-8° de 15 pages, extrait de l'*Union médicale de la Seine-Inférieure*.

Ce titre est ambitieux, car il ne s'agit en réalité que de la simple excision ou résection d'une saillie hypertrophique de la lèvre antérieure du col utérin, coïncidant avec un prolapsus de l'organe, chez une couturière de trente-trois ans, veuve, après un premier accouchement datant de sept ans. Le point remarquable de cette observation, c'est que cette saillie, en forme d'éperon, de 2 centimètres et demi de long, détermina une rétention d'urine par sa pression sur l'urèthre, particularité encore inédite et qui fit découvrir le mal.

Au lieu d'abaisser forcément l'utérus, l'auteur se borna à l'attirer légèrement à cause des inconvénients ultérieurs que cela peut avoir. Des ciseaux recourbés, presque à angle droit, construits exprès et manœuvrant dans le spéculum, suffirent à détacher, en quelques coups, la partie hypertrophiée sans recourir à l'anesthésie. L'écoulement sanguin fut facilement réprimé par le perchlorure de fer, et la guérison ne se fit pas attendre.

Les considérations pratiques jointes à la relation simple et lucide de ce fait intéressant et deux figures intercalées dans le texte, en facilitent l'interprétation, quoiqu'elle soit dépourvue de tout examen histologique et microscopique.

Absence d'utérus et de vagin. Une fille de vingt-sept ans, très-petite, éprouvait à certaines époques, depuis l'âge de quatorze ans, des douleurs vives aiguës dans les côtés du ventre, durant deux à trois jours, sans aucun écoulement sanguin ni leucorrhéique. Éprouvant des désirs vénériens, elle voulut se livrer à un homme qui reconnut l'impossibilité du coït. Soumise à l'examen de M. le professeur Azam (de Bordeaux), elle présenta tous les signes extérieurs de la femme ; seins développés, vulve petite, mais bien conformée, diamètre transversal du bassin un peu étroit.

A l'époque des règles, vives douleurs dans la fosse iliaque droite, tumeur qui est manifestement l'ovaire, développé et douloureux. Rien au-dessus du pubis, pas de saillie de l'hymen. Dépression au-dessous du méat d'un centimètre environ de profondeur, lisse et sans plis, et qui correspond à l'orifice du vagin.

Le doigt, introduit et retourné dans le rectum, ne rencontre aucun organe, non plus que la main appliquée sur l'hypogastre. La sonde introduite dans la vessie est perçue, sans organe intermédiaire par l'index placé dans le rectum. Il n'y avait donc, manifestement, ni utérus ni vagin. L'ovaire droit seul provoquait les douleurs de la menstruation et expliquait les désirs de cette fille impuissante.

Suivant le conseil de M. le professeur Richet, M. Azam ne voulut pas tenter un vagin artificiel devant l'absence de l'utérus (voy. *année* 1872). C'eût été exposer les jours de cette femme sans aucun bénéfice possible. (*Bord. méd.*, décembre 1873.)

V

VACCINE. Le Reichstag allemand a adopté, à une assez forte majorité, la loi suivante :

1° La vaccination est obligatoire pour tout enfant, avant qu'il ait atteint l'âge de deux ans, s'il n'a pas eu la petite vérole avant ce terme ;

2° La revaccination est obligatoire pour tout écolier et doit s'opérer pendant l'année où il a atteint la douzième année de son âge, à moins cependant qu'on ne puisse prouver que cet enfant a eu la petite vérole dans les cinq dernières années ou qu'il a été revacciné.

Les autres articles de la loi traitent du procédé à suivre et de la qualité du vaccin à employer, ainsi que de la création d'établissements publics de vaccine. La vaccination sera naturellement gratuite.

VARICES. *Embolie pulmonaire.* Dans deux cas observés chez de jeunes femmes variqueuses, par M. Seuvre et le professeur Verneuil, la mort arriva subitement. L'autopsie découvrit un énorme caillot embolique obstruant l'origine de l'artère pulmonaire. (*Bull. de la Société anat.*, 1873.)

Injections de chloral. L'action coagulante du chloral sur le sang, en s'expliquant par sa combinaison avec ses éléments albuminoïdes, récemment découverte, a aussi reçu une nouvelle application thérapeutique en Italie : c'est son emploi contre les varices. Malgré le discrédit dont sont frappées les injections coagulantes du perchlorure de fer, le professeur Porta (de Pavie) ayant constaté cliniquement, à la fin de 1870, les bons effets curatifs de l'action coagulante du chloral en injections contre la cirsocèle et l'hydrocèle (*Dell'amministrazione del chloralio*, Milan, 1870), n'a pas craint de l'employer de même contre les varices. Dans un mémoire lu à l'*Istituto lombardo*, en avril 1873, il rapporte 15 observations de varices des membres inférieurs traitées exclusivement par les injections veineuses multiples d'hydrate de chloral. Basé sur ce fait anatomique, bien constaté par MM. Verneuil et Le Dentu, que la disposition des valvules des veines anastomotiques entre le système veineux profond et superficiel s'oppose au retour du sang dans les veines superficielles, comme les valvules sigmoïdes de l'aorte et celles de l'artère pulmonaire empêchent le retour du sang dans les capillaires, il a constaté que ce reflux n'est possible que par une véritable insuffisance des valvules des veines anastomotiques. Et, dans l'impuissance de rétablir cet obstacle mécanique, il a tenté de le remplacer par un caillot à l'embouchure de ces veines dans le système veineux profond. « Pour agir avec quelque chance de succès sur les veines variqueuses, dit justement le docteur Giacomini dans ses récentes *Observations anatomiques sur la circulation veineuse des extrémités inférieures*, l'action des moyens chirurgicaux doit être dirigée sur les vaisseaux anastomotiques en obturant leur lumière ou en fermant l'orifice d'embouchure des veines sous-cutanées, de manière à empêcher le reflux sanguin du système veineux profond dans le superficiel, en supprimant la cause de la phlébectasie. » (*Turin*, 1873.)

Ce que l'anatomie ne peut apprendre, à cet effet, la pathologie l'enseigne dans la plupart des cas, dit M. le docteur Valerani dans un article intéressant à ce sujet. (*Ann. univ. di medic.*, 1873.) Lorsque la dilatation des veines sous-cutanées forme de grosses nodosités saillantes sur le trajet veineux, le chirurgien y trouve un guide précieux pour fixer le point où il convient de produire l'oblitération

du vaisseau. Là est ordinairement l'embouchure des rameaux anastomotiques qui mettent en communication les deux systèmes veineux du membre abdominal. La paroi de la veine, recevant la première impulsion de l'ondée sanguine du reflux en cet endroit, est naturellement la plus dilatée et la plus amincie. De là de véritables lacs veineux à dimensions considérables et qui causent des douleurs aiguës.

Une solution de 2 grammes de chloral dans autant d'eau distillée suffit ainsi pour cinq à six injections que l'on pratique, dans la même séance, avec la seringue de Pravaz, dans les plus grosses nodosités du zigzag variqueux. Le professeur Porta préfère la position debout pour rendre les varices plus tendues, mais M. Valerani n'ayant eu que des varices d'une dureté presque lapidaire, a opéré ses malades couchés. La douleur est nulle, suivant le premier, mais le second l'a toujours observée plus ou moins vive, se dissipant en quelques heures et persistant rarement d'une visite à l'autre.

Le caillot se forme immédiatement, et, en promenant légèrement le doigt sur la veine, on sent une dureté limitée aux points injectés. Plus tard, si aucun accident ne survient, la guérison est assurée, et l'on sent un cordon résistant sur le trajet veineux comme une preuve de l'oblitération. Les caillots sont résorbés dans la suite, et les veines s'atrophient et cessent d'être variqueuses en devenant béantes. La multiplicité des injections est le plus sûr garant contre la récidive.

Mais ce nouveau mode de traitement n'est pas exempt d'accidents. Ce sont le ramollissement du thrombus, la phlébite, l'abcès et la gangrène. Ils sont très-rares, légers et locaux, suivant M. Porta, qui diminue graduellement la dose du chloral et fait garder le lit à ses opérés pendant quelques jours pour prévenir la phlébite ; mais le chirurgien de Casale a toujours observé une réaction bénigne et limitée au siége de l'injection. Deux à trois jours après, quelques gouttes de sang noirâtre, mêlé de détritus ramollis et parfois une gouttelette de pus, font issue par la piqûre. Il est prudent de renouveler l'injection dans ces cas. La formation de l'abcès ou de la gangrène, et même la destruction du tissu veineux n'empêchent pas l'occlusion du vaisseau qui est le but principal, comme un exemple remarquable en est rapporté par M. Valerani. (*Cura radicale delle varici colle iniezioni di chloralio idrato*, brochure de 14 p. Milan, 1873.)

Dans les trois cas opérés par lui, ces complications sont restées dans les limites d'une phlogose toute locale, sans aucune réaction générale. La fièvre n'est même pas résultée de la chute gangréneuse d'une parcelle de la paroi veineuse et encore moins une diffusion de la phlébite. Il n'y a donc ainsi aucun danger à craindre de ce nouveau mode de traitement, et tout à espérer, au contraire, puisque, sauf une exception, les 18 cas où il a été employé ont été couronnés de succès.

On sait d'ailleurs, aujourd'hui, par les expériences de M. Personne, que le chloral est éminemment conservateur et antiseptique. Il s'oppose efficacement à la putréfaction. Son emploi sur les ulcères variqueux et les autres plaies de mauvaise nature, avec une solution au 25e, en favorise rapidement la guérison. Ce sont là autant de conditions pour rassurer sur son emploi en injections veineuses contre les varices.

L'injection du chloral dans les veines, tout à l'ordre du jour, a des résultats contradictoires. Tandis que, comme anesthésique et à haute dose, elle n'aurait pas déterminé la coagulation du sang chez l'homme, suivant M. Oré, ni chez le chien, dans les expériences faites par M. Carville pour vérifier la prétendue localisation des centres moteurs dans les circonvolutions cérébrales, MM. Cruveilhier et Labbé ont trouvé des caillots à l'autopsie de leurs opérés, de même que MM. Tonoli et Albertoni en ont trouvé dans le cœur droit et l'artère pulmonaire d'un chien de 5 kilogrammes, mort immédiatement après l'injection dans la jugulaire de 3 grammes de chloral pour 4 d'eau, faite dans le laboratoire physiologique de l'Université de Padoue. Ce n'est donc pas la différence du sang qui empêche sa coagulation ; car, chez un autre chien pesant 8 kilogrammes, 2 grammes de chloral dans 20 d'eau ayant été injectés de même par ces derniers, l'animal présenta tous les symptômes d'excitation d'une anesthésie commençante, sans qu'elle se complétât, et l'animal se rétablit parfaitement. Il est donc permis d'admettre aujourd'hui, après ces observations, que, à haute dose, chez l'homme comme chez le chien, le chloral est un coagulant du sang. — Voy. ANESTHÉSIE.

C'est cette action que M. le professeur Porta (de Pavie) a utilisée pour la guérison radicale des varices et dont les médecins italiens continuent à démontrer l'efficacité par

des observations cliniques. M. le docteur Tonoli l'a employé ainsi avec succès chez un cultivateur de quarante-neuf ans, dont la saphène interne de la jambe droite avait le volume du pouce, à deux doigts au-dessus de la malléole, avec les stigmates d'ulcérations. Au tiers moyen de la jambe existait un groupe de gros rameaux tortueux et en anse. Un autre groupe semblable existait à deux doigts au-dessus du genou, avec une nodosité molle, grosse comme une noix, ainsi qu'une autre nodosité au tiers moyen de la cuisse. Ces varices l'avaient fait réformer ; la jambe était gonflée le soir, et les vaisseaux variqueux tendus, turgides, quand, le soir, il rentrait des champs.

Le 7 janvier, une injection de 80 centigrammes d'une solution de 1 gr. 60 centigrammes de chloral dans partie égale d'eau fut faite successivement dans la partie la plus saillante des quatre rameaux variqueux sus-indiqués, en commençant en haut. Aucun caillot n'en résulta immédiatement ; au contraire, du sang sortit en abondance — *in copia* — en retirant l'aiguille de la première injection.

Dès le lendemain, tous les vaisseaux injectés étaient douloureux ; ils se gonflèrent et durcirent de plus en plus, de manière à rendre tout le membre douloureux. Mais, dès le 11, la sédation se manifesta, et, le 22, l'opéré pouvait se lever, et reprendre ses rudes travaux le 17 février. Tous les rameaux variqueux étaient beaucoup diminués, invisibles dans la saphène, durs au toucher et ne changeant pas de volume par la position. Le 14 mars, Raggi assure *que, de son mal, il ne lui reste que le souvenir*. (*Gazz. med. Venete*, n° du 19 mai.)

Deux observations semblables sont rapportées par le docteur G. Pellizzari, chirurgien de l'hôpital civil de Padoue. Il s'agit de deux femmes de soixante-cinq à soixante-neuf ans, entrées à l'hôpital, en octobre et novembre, pour de vieux ulcères variqueux étendus de la jambe gauche. Cinq injections de chloral furent successivement pratiquées dans les points les plus saillants, et le résultat fut le même que dans le premier cas. Il y eut issue de sang après la sortie de l'aiguille quand elle plongeait dans de véritables ampoules variqueuses, et la coagulation du sang ne fut perçue immédiatement que par exception. Quelques légers accidents locaux et généraux sont survenus, mais sans gravité. Ces deux femmes sont sorties guéries, trois mois après leur entrée. (*Idem*, n° 20.)

Ces nouveaux faits sont de nature à faire recourir avec plus de confiance à ce nouveau moyen curatif d'un mal qui n'en compait pas encore jusqu'ici.

Perchlorure de fer. Les injections intra-veineuses ayant été abandonnées, à cause des dangers qui en ont été la conséquence, on a d'abord cherché à s'en rapprocher le plus possible. Un vésicatoire était appliqué sur le vaisseau variqueux et, l'épiderme enlevé, on badigeonnait la surface avec une solution de perchlorure de fer (*Thierry*). Un affaissement rapide de la tumeur en est résulté dans quelques cas. Mais cette application était douloureuse et non sans danger sur les veines variqueuses. C'est pourquoi M. le docteur Linon (de Verviers) l'a employé simplement sur la peau. Des compresses de flanelle trempées dans une solution de 8 à 10 grammes de perchlorure de fer, dans 250 grammes d'eau, sont appliquées sur les varices et maintenues par une bande modérément serrée, qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures.

Les dilatations veineuses sont presque entièrement effacées en levant l'appareil et, en continuant ainsi pendant sept à huit jours, leur disparition est complète.

Depuis trois ans, M. Linon a fait dissiper des varices énormes accompagnées de douleurs violentes, de points noirs à la peau, et à rendre aux malades l'usage de leurs membres. (*Scalpel*, 1873.)

Varice de la veine dorsale du pénis. *Injection de chloral.* Malgré ses ardeurs vénériennes, l'érection était des plus incomplètes chez un jeune homme, surtout au niveau du gland dont la sensibilité paraissait nulle. M. Parona ne découvre d'autre lésion qu'une varice considérable de la veine dorsale doublée de volume. Il y voit la cause du mal contre lequel l'hydrothérapie était restée sans succès. Il injecte 50 centigrammes d'un mélange à parties égales d'eau et d'hydrate de chloral. Les suites furent des plus simples et, deux jours après, une érection complète avait lieu qui fut suivie de beaucoup d'autres. La veine donnait la sensation d'un petit cordon. C'est donc un nouveau succès des injections intra-veineuses de chloral. (*Ann. de dermat.*, n° 6).

VARIOLE. *Influence de la température.* Par des recher-

ches statistiques faites en Suède, pendant un espace de dix années et pendant la dernière épidémie de 1870 à 1872, à Londres, Liverpool et Dublin, M. le docteur Moore montre qu'elle sévit principalement lorsque la température s'abaisse, à l'automne et en hiver, parfois au printemps lorsqu'elle n'est pas très-élevée. Mais cette prétendue loi éprouve plus d'une exception, même d'après les tableaux statistiques rapportés par l'auteur. Cependant il est remarquable qu'elle est ordinairement peu intense en été, et ce fait n'avait pas encore été signalé. On se rappelle qu'elle se développa dans cette saison à Paris, en 1870, pour sévir avec une intensité croissante suivant l'abaissement de la température. Cette condition spéciale a pu faire perdre de vue l'action du froid. (*British med. Journ.*, décembre.)

M. Moore l'attribue à ce que les familles pauvres sont alors plus encombrées dans l'air malsain, concentré, de leurs misérables demeures, et de ce que la force vitale est ainsi abaissée. Mais ces explications et d'autres ne sont que le corollaire du fait seul qui subsiste.

En étudiant la mortalité variolique à Paris, de 1860 à 1869, M. le docteur E. Besnier est arrivé à établir que, chaque année, la mortalité par variole, abaissée au minimum pendant les mois de juin, juillet et août, se relève en septembre, suit une marche régulièrement ascensionnelle pendant l'hiver, décline au printemps, et arrive au minimum en été. C'est là une véritable *loi* dont l'auteur a donné la démonstration dans un tableau indiquant par mois et par année les décès varioliques de Paris, depuis l'annexion. En voici le résumé :

Janvier	556
Février	512
Mars	498
Avril	416
Mai	359
Juin	283
Juillet	289
Août	295
Septembre	350
Octobre	445
Novembre	538
Décembre	631

Ce n'est pas seulement sur la fréquence que l'influence des saisons a une action incontestable, mais encore sur la

gravité, comme il résulte du tableau mensuel et annuel des varioleux traités dans les hôpitaux civils de Paris, de 1862 à 1869 inclusivement, avec le chiffre des décès et leur proportion centésimale. Elle a été ainsi établie par M. Besnier d'une manière précise et formelle dès 1870. (*Union méd.*, n° 63.)

Dès 1863, M. le docteur Azéma établissait la même loi d'après la statistique des épidémies de variole à l'île de la Réunion, où il exerce. Leur maximun d'intensité et de mortalité en 1852, comme en 1859 et 1860, correspond au troisième trimestre qui est l'hiver dans cette région équatoriale. Les faits précédents ne font donc que confirmer cette loi et en montrer la généralisation dans les deux hémisphères. (*Union méd.*, n° 106.)

Cette influence exerce aussi son action sur la fièvre jaune. — Voy. *ce mot*.

Tuméfaction de la rate. — Voy. RATE.

Inoculation. Le docteur Zülzer a récemment soumis le singe à l'action du sang et du pus varioleux. Il les a administrés mélangés par la voie gastrique sans résultat. Le pus seul, placé en contact avec la peau rasée, n'en a pas eu davantage; mais l'inoculation du sang, contenant de nombreuses bactéries, détermine rapidement l'élévation de la température et une éruption pustuleuse discrète. Puis l'inhalation des poussières des croûtes varioliques ayant aussi déterminé des phénomènes d'infection, l'auteur en conclut triomphalement que le sang des varioleux est infectieux. La belle avance! (*Centralb.*, n° 6.)

Perchlorure de fer. De même que M. Chauffard a employé l'acide phénique, M. Guipon, médecin des hôpitaux de Laon, a tenté l'usage de cette préparation ferrique comme abortif de l'éruption. Considérant ses excellents effets sur les hémorrhagies, le purpura en particulier, il l'a essayé d'abord dans un cas de variole hémorrhagique. Il vit dès lors les taches pétéchiales pâlir, les pertes sanguines s'arrêter, et, de grave qu'il était, l'état général s'améliorer. Le malade guérit rapidement, presque sans traces de son éruption confluente.

Guidé par ce fait, et en se basant sur les propriétés an-

tiseptiques du perchlorure, M. Guipon l'a administré à 31 autres varioleux, dont 5 cas hémorrhagiques; 6 sont morts. On ne peut donc pas dire, malgré la gravité d'un grand nombre de cas, que la mortalité en ait été atténuée. Mais il n'en est pas de même de l'évolution de la maladie, beaucoup plus rapide dans la majorité des cas. Son intensité a aussi été moindre; les pustules se flétrissent plus tôt. La fièvre secondaire a manqué, et l'odeur de la suppuration a été presque nulle. Plus précoce et plus rapide, la desquamation était complète au bout de quinze jours dans les cas les plus graves, et les stigmates beaucoup moins apparents. Tels sont les avantages du sel ferrique.

La dose varie de 12 à 15 gouttes, suivant l'âge; elle n'atteint jamais plus de 40 gouttes. Continuée pendant toute la maladie et une partie de la convalescence, elle s'est élevée au total de 58 gouttes ou 4 gr 06 à 556, ou 38 gr 92. Or c'est précisément dans les cas où les moindres doses ont été données que les décès sont survenus. On ne peut donc pas accuser ce médicament d'avoir causé la mort. (*Bull. de thér.*, 15 septembre.)

Par le mélange de ce médicament avec l'alcool (4 grammes de perchlorure dans 120 grammes d'eau-de-vie à prendre en vingt-quatre heures), le docteur Émanaud a compté 129 issues heureuses sur 187 cas de variole hémorrhagique traités à l'Hôtel-Dieu par M. Frémy. Quelle que soit la théorie qui préside à l'administration de ce médicament, son efficacité est donc démontrée par les résultats. (*Union méd.*, n° 107.)

A l'hôpital Wiedner, de Vienne, chaque varioleux est lavé de la tête aux pieds avec de l'eau savonneuse chaude, dès son entrée, quelle que soit la période de la maladie; il est essuyé ensuite et mis au lit. Puis on enveloppe le corps de linges imbibés d'un mélange d'une partie de glycérine et deux d'eau avec un masque sur la face. Ce lavage est répété chaque jour et les linges sont changés dès qu'ils sont secs, jusqu'à ce que l'éruption ait disparu. Les résultats de cette méthode sont les suivants, d'après le docteur Schweigerhof : Au lieu d'une durée moyenne de 18 jours et une mortalité de 9 pour 100, telles qu'elles sont constatées à l'hôpital de Vienne, la durée moyenne a été réduite à 15 jours et la mortalité à 4,43 pour 100 avec ce traitement pendant la dernière épidémie de variole. Outre ces avantages, il

diminue les sensations douloureuses de tension et de chaleur, et prévient la formation des cicatrices. Malgré son exécution difficile et incommode, douloureuse même, pour les malades, il mérite donc d'être employé avec soin et persistance, car la résorption purulente peut aussi être prévenue dans bon nombre de cas. (*Lyon méd.*, n° 4.)

Xylol. Ce nouveau médicament (voy. *année* 1872) agit spécialement sur l'angine. Suivant M. le docteur Burkhard, son action serait très-manifeste et heureuse en permettant aux malades d'avaler et de se nourrir et de diminuer les souffrances des varioleux de ce côté. Voici la formule conseillée pour les enfants :

℞	Xylol pur	5 à 10 centigr.
	Eau de fenouil	30 grammes.
	Vin d'Espagne	60 —
	Eau de menthe poivrée	30 —

A prendre par cuillerées à café toutes les heures.

(*Lyon médical.*)

VEINES. *Osservazioni anatomiche per servire allo studio della circolazione venosa delle extremità inferiore* (Large communication entre la veine porte et les veines iliaques droites), mémoire par Carlo Giacomini, professeur d'anatomie topographique à l'Université de Turin, et membre de l'Académie de médecine de cette ville, traduit et annoté par MM. Labbée et Aubeau, brochure grand in-8° de 45 pages, avec deux belles planches coloriées. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Une observation recueillie dans le service clinique du professeur Nicolis, sur une fille de vingt-deux ans, a été l'occasion de ce travail intéressant sur une anomalie anatomique aussi rare que curieuse. En confirmant les recherches faites à ce sujet par MM. Sappey et Robin, l'auteur en a profité pour collecter et réunir dans un tableau synoptique tous les faits semblables au nombre de douze, avec l'indication des observations s'y rapportant. C'est un travail utile à consulter sur les afférences de la circulation hépatique avec la circulation générale.

FIN.

TABLE DES AUTEURS

FIN DE LA TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

TIGHT GUTTER

TEXT RUNNING INTO GUTTER